

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



**“USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y LA RESPUESTA  
SEXUAL DE USUARIAS, CONSULTORIO EXTERNO DE PLANIFICACIÓN  
FAMILIAR. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ –  
ZAMACOLA. 2013”**

**Tesis presentada por las Bachilleres:**

**HELLEN NARCISA CATERIANO HERNANI  
JESSIKA INGRID HUARCA VALDIVIA**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
Licenciada en Obstetricia**

**AREQUIPA - PERÚ  
2013**

## A DIOS

A ti que con tu luz nos llevas por el camino seguro, nos das conocimiento, multiplicas el fruto de nuestra fatiga, no cesaremos de agradecerte por darnos la vida, por demostrarnos el amor más puro; y hoy nos das la alegría en el logro de nuestros objetivos. A ti señor, “que lo que tú nos has dado, es el regalo más hermoso y aquello en que ahora nos hemos convertido, es un regalo para ti.

**A mis padres Hugo y Estela**

Porque sus esperanzas, plagadas de duras espinas, por fin dan el fruto ansiado, merito de su amor, sus enseñanzas, sus consuelos, sus sufrimientos, y su paciente espera.

**A mis tíos**

Por su apoyo incondicional y por Demostrarme la gran fe que tienen en mí.  
Gracias a todas aquellas personas que de una u otra Forma nos ayudaron a crecer como personas y como Profesionales.

**Hellen Narcisa Cateriano Hernani**

### **Para mis padres Arcadio y Sonia**

Por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

### **A mis hermanos Yesenia y Huber**

Por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar.

A mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

**Jessika Ingrid Huarca Valdivia.**



## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	6
SUMMARY .....	7
INTRODUCCION.....	8

### CAPÍTULO I

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO .....	10
1. Problema de investigación.....	10
1.1 Enunciado .....	10
1.2 Descripción .....	10
1.3 Justificación .....	12
2. Objetivos.....	13
3. Marco teórico.....	14
3.1. Marco conceptual.....	14
3.1.1 Anticoncepción Hormonal.....	14
3.1.2 Hormonas Sexuales Femeninas: Estrógeno y Progesterona.....	19
3.1.3. Respuesta Sexual Femenina.....	24
4. Análisis de los antecedentes investigativos.....	33
5. Hipótesis.....	35

### CAPÍTULO II

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....	36
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación .....	36
2. Campo de verificación .....	36
2.1. Ubicación espacial.....	36
2.2. Ubicación temporal .....	36
2.3. Unidades de estudio .....	36
3. Estrategia de recolección de datos .....	39
Organización.....	39
Recursos.....	39

4. Criterios para el manejo de resultados .....	40
Plan de procesamiento .....	40
Plan de análisis .....	40

### **CAPÍTULO III**

RESULTADOS DE FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	41
---	----

### **CAPÍTULO IV**

DISCUSIÓN.....	55
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES.....	58
BIBLIOGRAFÍA.....	59

### **ANEXOS**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	63
MATRIZ DE DATOS .....	65

## RESUMEN

Se realizó un estudio sobre el uso de los métodos anticonceptivos en la respuesta sexual de usuarias, consultorio externo de planificación familiar del Centro Salud Maritza Campo Díaz– Zamácola. 2013. El objetivo de la investigación fue establecer cuál de estos métodos modifica significativamente la respuesta sexual que presentan las usuarias. El estudio es de campo con un diseño de investigación, descriptivo y comparativo, se utilizó un muestreo aleatorio estratificado de 104 usuarias de píldora y 136 usuarias de inyectables a las cuales mediante una entrevista se aplicó un cuestionario estructurado con preguntas respecto a la respuesta sexual. Los datos recolectados fueron procesados mediante la prueba Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5% y el proceso de la información se realizó mediante el software estadístico SPSS versión 21.

Resultados: Las características socioculturales que presentan las usuarias que se atienden en el Consultorio Externo de Planificación Familiar. Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola. 2013, son: La edad con mayor porcentaje la de 28 a 32 con un 35.5%; en el estado civil tenemos que el 73.4% son convivientes, en razón a la ocupación encontramos que el 53.2% son amas de casa; con un grado de instrucción en el nivel de secundaria con un 70.8%. El método anticonceptivo hormonal más usado fue el inyectable con un 55.0%. La prueba de Chi Cuadrado, muestra que el uso de Métodos Anticonceptivos orales e inyectable presentó diferencia estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ). El uso de inyectable evidenció que existe menor influencia sobre la frecuencia en relación a las usuarias que toman los anticonceptivos orales.

Se concluye: Que los métodos anticonceptivos hormonales no afectan a las etapas de la respuesta sexual en las mujeres que asisten al consultorio externo de planificación familiar. Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola. 2013.

**Palabras clave:** Tabletas orales, Inyectable, respuesta sexual.



## ABSTRACT

A study on the use of contraceptives was conducted in response sexual clients, family planning outpatient Health Center Maritza Diaz- Zamácola Field. 2013. The aim of the research was to establish which of these methods significantly influence the sexual response present users. The field study is a research design, descriptive and comparative, stratified random sampling of 104 pill users and 136 users of injectable which was used by a structured interview with questions regarding sexual response questionnaire was applied. The collected data were processed using the Chi square test with a significance level of 5% and the information processing was performed using the statistical software SPSS version 21.

**Results:** Socio-cultural features that users have to be handled by the Family Planning outpatient clinic. Health Center Maritza Campos Diaz - Zamácola. 2013, are: the highest percentage age 28 to 32 with 35.5 %, in the civil state that we are living together 73.4 %, due to the occupation found that 53.2 % were housewives, with a degree of instruction at the secondary level with 70.8 %. The hormonal contraceptive method most used was the injection with 55.0 %. The Chi Square test shows that the use of oral and injectable contraceptives methods showed statistically significant difference ( $P < 0.05$ ). The use of injection showed that there is less influence on the frequency relative to users who take oral contraceptives.

We conclude: that hormonal contraceptives do not affect the stages of sexual response in women attending the outpatient clinic for family planning. Health Center Maritza Campos Diaz - Zamácola. 2013.

**Keywords:** oral tablets, injectable, sexual response.



## INTRODUCCION

La anticoncepción se aplica no sólo a evitar gestaciones no deseadas, sino también a favorecer el desarrollo de la esfera sexual integrándola dentro del "todo" que es la persona y de la que es parte importante e indiscutible. Por lo tanto son dos actividades que no se pueden separar y que el médico prescriptor de anticonceptivos, debe de tener en cuenta y cuando menos no mostrar conductas o dar explicaciones que produzcan un aumento de la culpabilidad sexual.

Una forma de anticoncepción se basa en el uso de esteroides, estrógenos y progestágenos que son hormonas que alteran el proceso de la fisiología de la ovulación y constantemente aumenta o disminuye en el proceso de la fisiología sexual. Estas repercusiones sobre el proceso de la actividad sexual, aún no han sido difundidas ni aclaradas hasta la fecha durante el conocimiento informado sobre el uso de estos métodos en mención

Si consideramos que la sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social, se debe tomar en cuenta que la conducta sexual es una de las manifestaciones más importantes, aunque no la única, de la sexualidad. Conlleva, junto a una compleja interacción de factores intrapsíquicos, interpersonales y sociales que intervienen en su iniciación y mantenimiento, una expresión psicofisiológica característica, un conjunto de cambios físicos y mentales que constituyen la llamada, respuesta sexual.

Los cambios fisiológicos más característicos tienen lugar en los órganos genitales, aunque, en realidad, la respuesta sexual implica al conjunto del organismo. Todos nuestros órganos y sistemas modifican en diversa medida su estado funcional durante ella. La complejidad de la respuesta sexual hace que requiera, para su desarrollo efectivo y gratificante, un cuerpo especialmente sano. Por ello, muchos trastornos del organismo de diverso tipo pueden afectar negativamente la producción de una respuesta sexual satisfactoria.

Lo anteriormente expuesto, nos motivó a realizar la presente investigación que busca establecer cuál de estos métodos modifica significativamente la respuesta sexual que presentan las usuarias atendidas en el consultorio externo de planificación familiar del Centro Salud Maritza Campo Díaz– Zamácola.

En el presente estudio se pretende comparar como influye los métodos anticonceptivos orales e inyectables en la respuesta sexual.



## I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Enunciado

Uso de métodos anticonceptivos hormonales y la respuesta sexual de usuarias, consultorio externo de planificación familiar. Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola. 2013.

#### 1.2. Descripción

##### 1.2.1. Área del conocimiento

Campo : Ciencias de la salud.

Área : Obstetricia

Especialidad : Salud Reproductiva

Línea : Respuesta sexual.

##### 1.2.2. Análisis u operacionalización de variables

Variable independiente	Indicador	Subindicador
Métodos anticonceptivos	Etinil estradiol + Levonorgestrel	Tabletas orales
	Acetato de medroxiprogesterona	Inyectable de depósito
Variable dependiente	Indicador	Subindicador
Respuesta sexual femenina	Frecuencia de la función sexual	Todos los días 1 veces por semana 2 veces por semana 3 veces por semana 4 veces por semana
	Apetito sexual	Deseo
	Fases de la respuesta sexual	Excitación Meseta Orgasmo Resolución



Variables Intervinientes	Indicador	Subindicador
Características Socioculturales	Edad	De 18 a 22 años 23 a 27 años 28 a 32 años
	Religión	Católica Evangelista Adventista Mormón otros
	Estado civil	Soltera Conviviente casada
	Ocupación	Ama de casa Estudiante Comerciante Agricultora Profesional
	Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior no universitaria Superior universitaria

### 1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Qué características socioculturales presentan las usuarias que se atienden en el Consultorio Externo de Planificación Familiar. Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola. 2013?
- ¿Cuál es el método hormonal más usado por las usuarias que asisten al consultorio externo de planificación familiar. Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola. 2013?
- ¿Cuál de estos dos métodos modifica significativamente la respuesta sexual de las usuarias que usan métodos anticonceptivos hormonales (orales e inyectable). Consultorio Externo de Planificación Familiar. Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola. 2013?

#### **1.2.4. Tipo de Investigación**

Este trabajo de investigación es de campo porque el ámbito donde suceden los hechos motivo de la investigación, corresponde a la realidad clínica de las mujeres usuarias de métodos hormonales que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Zamácola.

#### **1.2.5. Nivel de Investigación**

Descriptivo - Comparativo

#### **1.2.6. Clasificación del Estudio**

Observacional, transversal y comparativo.

### **1.3. Justificación**

El presente trabajo de investigación posee relevancia contemporánea, porque la introducción de la salud reproductiva como parte de la atención integral de la mujer se viene desarrollando en diversos estudios en busca de un adecuado manejo de los métodos anticonceptivos, identificando efectos colaterales y en todo caso teniendo en cuenta el riesgo beneficio informado a las pacientes.

Tiene relevancia sociocultural, debido a la importancia del presente trabajo, que quiere dar a conocer la respuesta sexual femenina que tienen las usuarias que acude al Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Zamácola, de algún método anticonceptivo hormonal.

Contribuye al conocimiento, porque teniendo en cuenta que los datos disponibles sobre la respuesta sexual femenina no es conocida o bien entendida, surgió la motivación para abordar este tema. Con usuarias que utilizan estos dos métodos anticonceptivos hormonales, para así poder conocer este problema y encontrar un resultado que nos permita avanzar y dar mayor información a las usuarias que usan estos métodos en relación a la respuesta sexual que presenta las mujeres investigadas.

Tiene utilidad clínica porque se pretende avanzar en la investigación, lo que nos permite reformular planteamientos en el manejo de los métodos anticonceptivos hormonales en usuarias del servicio de planificación familiar.

El presente trabajo es también factible debido a que es posible entrevistar a las mujeres que acuden al servicio de planificación familiar. Tiene importancia académica y profesional, por la conveniencia de las investigadoras y la concordancia del tema con las políticas de investigación de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica Santa María.

## 2. OBJETIVOS

- Precisar las características socioculturales que presentan las usuarias que se atienden en el Consultorio Externo de Planificación Familiar. Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola. 2013.
- Determinar cuál es el método hormonal más usado por las usuarias que asisten al consultorio externo de planificación familiar. Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola. 2013.
- Establecer cuál de éstos dos métodos modifica significativamente la respuesta sexual de las usuarias que usan métodos anticonceptivos hormonales (píldora e inyectable). Consultorio Externo de Planificación Familiar. Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola. 2013.



## MARCO TEÓRICO

### 3.1. MARCO CONCEPTUAL

#### 3.1.1. ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

La anticoncepción hormonal utiliza la acción de las hormonas del sistema reproductivo para impedir el embarazo. Es uno de los sistemas más eficaces desde el punto de vista de resultados (0.5-1 embarazos/año-mujer) y, unido a la ventaja de su reversibilidad, explica la alta difusión de este método.

La utilización de hormonas como sistema anticonceptivo se basa en el hecho de poder interferir las comunicaciones normales que sincronizan un mecanismo tan complejo como es la ovulación, el funcionalismo tubárico, la preparación del endometrio y las modificaciones del moco cervical. (3)

Tenemos también que los anticonceptivos hormonales son preparados farmacológicos constituidos por esteroides sintéticos. Su acción anticonceptiva se ejerce por vía sistémica sobre los centros reguladores de la actividad gonadal y sobre el aparato reproductivo de la mujer. Por tratarse de preparados de acción sistémica, actúan también sobre los receptores esteroidales fuera del sistema reproductivo provocando efectos bioquímicos, metabólicos e inmunológicos.

#### A. Anticonceptivos Orales

##### 1. Anticonceptivos Orales Combinados (AOC)

Son aquellos que contienen estrógeno y progestágeno.

##### ▪ Mecanismos principales de acción

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical.

##### ▪ Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso

▪ **Características**

- Muy eficaz.
- Método dependiente de la usuaria.
- Requiere una motivación continua y uso diario.
- No requiere examen pélvico de rutina para el inicio del método (Sólo en caso de existir algún síntoma que sugiera patología ginecológica subyacente).
- Retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad y paridad.
- Es posible que en mujeres mayores de 35 años y fumadoras (más de 10 cigarrillos diarios) exista la probabilidad o riesgo de problemas tromboembólicos causen efectos secundarios graves como: infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, tromboembolias.
- En mujeres con enfermedades crónicas preexistentes se requiere una evaluación médica por personal calificado.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH SIDA.
- Para mayor protección es recomendable el uso de condón en las parejas en riesgo.

▪ **Forma de uso**

- Toma diaria.
- Inicio del método:
- Lo ideal es empezar en el primer día del ciclo menstrual, pero puede iniciarse entre el primero y el quinto día. En caso de iniciarse la toma después del quinto día y debido a que la acción anticonceptiva se alcanza a los 7 días de uso continuo de las píldoras, se debe dar un método de respaldo como los de barrera.

▪ **Contraindicaciones**

- Mujeres que estén embarazadas (embarazo posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado genital sin explicación (hasta que se evalúe).
- Mujeres que estén dando de lactar, antes de los seis meses del post parto.
- Mujeres con una hepatopatía activa (ej. Hepatitis viral aguda, tumor hepático).

- Mujeres que toman anticonvulsivos, excepto ácido valproico.
- Mujeres que estén tomando rifampicina o griseofulvina.
- Mujeres fumadoras (mayor de 10 cigarrillos por día) y tengan más de 35 años.
- Mujeres con antecedentes de cardiopatía, hipertensión arterial (mayor de 160/100) y/o cualquier enfermedad con evidencia de daño vascular.

## **B. Anticonceptivos Inyectables**

### **1. Inyectable de Solo Progestágeno (acetato de medroxiprogesterona )**

Son aquellos que poseen sólo progestágeno.

#### ▪ **Mecanismos de acción**

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Supresión de la ovulación.
- Reducción del transporte de los óvulos en las trompas de Falopio.
- Cambios en el endometrio.

#### ▪ **Tasa de falla**

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

#### ▪ **Características**

- Eficaz y de efecto rápido.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.
- Puede producir aumento de peso.
- El retorno de la fecundidad puede demorar entre 6 meses a un año, en el caso de usuarias por tiempo prolongado. No se ha demostrado esterilidad luego de su uso.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA.



▪ **Forma de uso**

- Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación.

**Primera dosis:**

Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación. En caso de iniciarse en cualquier otro momento, diferente a los cinco primeros días del ciclo debe usarse un método de respaldo durante los primeros 2 días.

En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas post parto, sin embargo podría ser utilizado en caso de:

- No tener otra opción anticonceptiva.
- Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.

En algunos establecimientos se está promoviendo su empleo desde el post parto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, sin haberse observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional de que la mujer egresa del hospital empleando un método anticonceptivo.

- En los primeros cinco días post aborto.

**Siguientes dosis:**

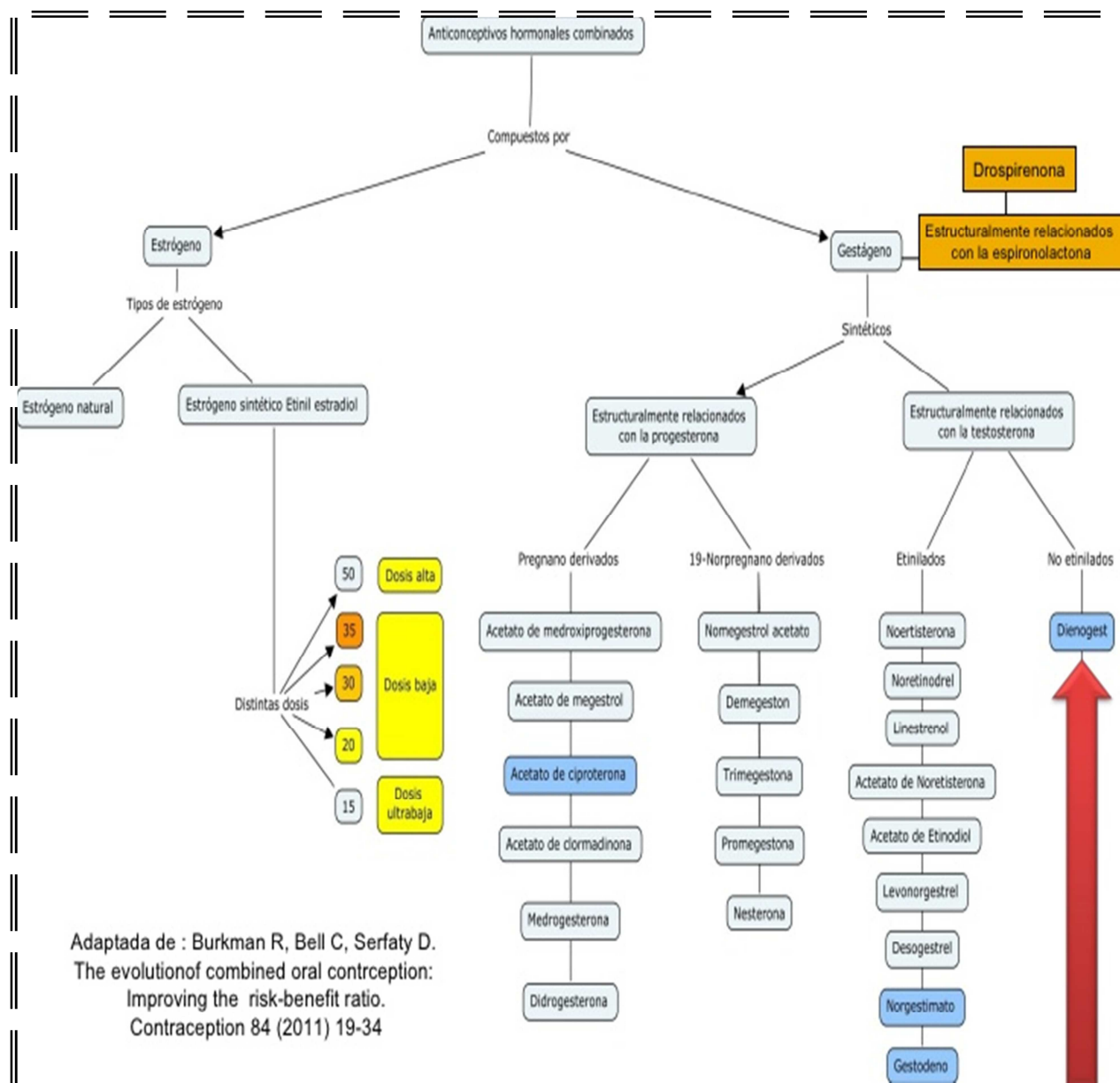
Administrar cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas.

▪ **Contraindicaciones**

- Las mujeres que estén embarazadas.
- Las mujeres con un sangrado genital anormal (hasta que se evalúe).
- Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.

■ **Programación de seguimiento:**

- Es necesario citar a la usuaria cada 3 meses, para evaluar el método así como para la provisión del mismo.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.(6)



**Hormonas LH Y FSH: Las Gonadotropinas:** Las hormonas FSH y LH son producidas respectivamente por la glándula pituitaria (hipófisis) y el hipotálamo y se encargan de coordinar la función ovular, influyendo directamente sobre la

producción de hormonas (estrógenos y progesterona) y la ovulación: Se considera, por consiguiente, que son las verdaderas encargadas de dictar el ritmo del ciclo menstrual.

**FSH (Hormona folículo estimulante):** La hormona folículo estimulante, como ya indica su nombre, juega un papel fundamental en la maduración de los folículos (cada folículo contienen a su vez un óvulo u ovocito, el cual será liberado durante la ovulación).

**LH (Hormona luteinizante):** La hormona luteinizante es producida por la glándula pituitaria (conocida por hipófisis) y, junto con la hormona FSH se encarga principalmente de regular el ciclo menstrual.

Hacia el final de la fase folicular, cuando uno de los folículos (folículo dominante), estimulado por la hormona FSH, ha alcanzado un tamaño adecuado (entre 18 y 24 mm de diámetro), por razones no del todo conocidas, la hipófisis eleva su secreción de hormona luteinizante durante uno o dos días, dando lugar al llamado pico de LH, el cual provoca la ovulación.

### 3.1.2. HORMONAS SEXUALES FEMENINAS ESTRÓGENOS Y PROGESTERONA

El ovario produce en lo referente a su función endocrina, estrógenos y progesterona, en forma cíclica y controlada en farmacología y terapéutica, se utilizan estas mismas hormonas naturales, sus modificaciones semisintéticas o agentes estrogénicos o pregéstacionales directamente sintéticos, alguno de ellos de origen no esteroideo.

También las hormonas sexuales pueden tener indicación para el tratamiento de ciertos tipos de neoplasias como el cáncer de mama, postmenopáusicos, el cáncer de endometrio y la supresión de la lactancia, y la terapia anticonceptiva.(18)

#### A. Estrógenos

Los estrógenos son derivados químicos del ciclo pentanoperhidrofenantreno, esteroides formados por tres anillos ciclohexanos (A, B, C) y un anillo de ciclo



pentano (D) tienen 18 átomos de C. de los estrógenos naturales, el más potente es el de 17 beta estradiol, que a su vez el principal producto de la secreción endocrina del ovario. (18)

Estrógenos naturales: estradiol, estrona, estriol, equilina. Existen además estrógenos conjugados y esterificados y estrógenos vegetales no esteroideos. (17)

Estrógenos sintéticos: esteroides derivados del estradiol: etinilestradiol, mestranol, quinestranolpoliestradiol. No esteroideos clorotrianiseno, deibetilestilbestrol, hexestrol. (17)

Todos los estrógenos naturales son derivados de sus precursores androgénicos (androstendiona o testosterona), mediante la aromatización de su anillo, el estradiol se oxida a estrona y tanto uno como otro se puede convertir en estriol. (17)

El estradiol se sintetiza en el ovario y es hormona predominante en la época fértil; en la postmenopausia el estrógeno predominante es la estrona. La estrona se sintetiza en el tejido graso a partir de la epiandrostendiona. El estriol se sintetiza en grandes cantidades por la placenta. La principal, y más potente, estrógenos que sintetizan los ovarios es estradiol. Cuando se administra por vía oral tiene el inconveniente de sufrir una metabolización muy rápida en el intestino y su biodisponibilidad final es solo del 50%. En el organismo circula de forma conjugada llegando a los órganos de forma rápida. Se elimina a través de la orina y la vía biliar en forma de sulfo o glucoronoconjugada, En sangre, el etinilestradiol circula unido a la albúmina (97%), y muy poco a la SHBG (globulina de unión de testosterona y estradiol). Los derivados sintéticos se han sintetizado para aumentar la potencia después de la administración oral. Los derivados de estradiol son utilizados en anticoncepción. (19)

### **Acciones fisiofarmacológicas de los estrógenos.**

Sobre el sistema reproductor los estrógenos estimulan el desarrollo de las características sexuales secundarias en la mujer y controlan su ciclo reproductivo en la pubertad promueven el crecimiento y el desarrollo de útero,

vagina, vulva y trompas de Falopio y favorecen el desarrollo mamario al inducir el crecimiento de los conductos, del estroma y la deposición de grasa. (20)

A lo largo del ciclo fértil femenino, las variaciones cíclicas de estrógeno ocasionan los cambios característicos en los órganos genitales: la proliferación de la mucosa uterina y vaginal, el aumento de la secreción del cuello y la turgencia de las mamas; la caída en la concentración de estrógenos provoca atrofia y la necrosis de la mucosa uterina, que se desprende. Todos estos efectos serán complementados por los propios de la progesterona. Gracias a la acción de los estrógenos los niveles de colesterol se mantienen bajos e inducen la producción del "colesterol bueno".

Ayuda a la distribución de la grasa corporal, formando la silueta femenina con más acumulación de la grasa en caderas y senos. Contrarrestan la acción de otras hormonas como la paratiroides (PTH), que promueven la resorción ósea, haciendo que el hueso se haga frágil y poroso. Actúa sobre el metabolismo del hueso, impidiendo la pérdida de calcio del hueso y manteniendo la consistencia del esqueleto. El descenso de estrógenos afecta al comportamiento emocional de la mujer provocando cambios de humor, irritabilidad, depresión. A pesar del difundido supuesto efecto de los estrógenos sobre el libido, recientes investigaciones han concluido que aún con altas dosis de esta hormona no ha sido posible influir sobre la excitación y el orgasmo; sin embargo, los estrógenos presentan un claro y benéfico efecto a nivel estrictamente genital.

### **Efectos metabólicos**

Muchos de los efectos metabólicos de los estrógenos son estudiados u observados con dosis supra fisiológicas o con preparados sintéticos. Reducen la tolerancia a la glucosa, sobre todo si el páncreas tiene menor capacidad de segregar insulina. Aumenta los triglicéridos del plasma. Aumenta las proteínas plasmáticas que fijan los esteroides (testosterona, estrógenos y cortisol). Reduce la capacidad secretora del hígado para ciertos iones orgánicos y pueden incrementar la síntesis de enzimas y favorecer la retención de bilirrubina. (20)

### Mecanismo de Acción

Las acciones de los estrógenos en útero, vagina y otros tejidos blancos implican interacciones con una proteína receptora en el citoplasma de sus células. Después, el complejo esteroide-receptor se mueve hacia el núcleo, donde activa parte de la información genética codificada en el ADN nuclear. Se forma nuevo RNAm y aumenta la síntesis de proteínas. Es probable que casi todas las acciones estrogénicas se produzcan de esta manera. (10)

### Síntesis:

El derivado etinílico del estradiol es un estrógeno potente y al contrario de los naturales, es relativamente activo cuando se administra por vía oral, porque es resistente al metabolismo hepático. Las hormonas naturales son poco activas cuando se administran por esta vía porque la circulación venosa porta intestinal las lleva al hígado donde se inactivan en gran parte antes de alcanzar la circulación general. Algunas sustancias no esteroides y unos pocos compuestos vegetales tienen actividad estrogénica. Estos últimos rara vez afectan al hombre pero pueden causar efectos indeseables en animales de granja. (10)

### B. Progestágenos

La **progesterona**, también conocida como **P4** (pregn-4-en-3,20-diona), es una hormona esteroide C-21 involucrada en el ciclo menstrual femenino, embarazo (promueve la gestación) y embriogénesis de los humanos y otras especies. La progesterona pertenece a una clase de hormonas llamadas progestágenos, y es el principal progestágeno humano de origen natural. Su fuente principal es el ovario (cuerpo lúteo) y la placenta, la progesterona también puede sintetizarse en las glándulas adrenales y en el hígado.

La progesterona es una de las hormonas sexuales que se desarrollan en la pubertad y en la adolescencia en el sexo femenino, actúa principalmente durante la segunda parte del ciclo menstrual, parando los cambios endometriales que inducen los estrógenos y estimulando los cambios



madurativos, preparando así al endometrio para la implantación del embrión. Estos efectos también ocurren en las mamas. La progesterona también se encarga de engrosar y mantener sujeto al endometrio en el útero: al bajar sus niveles, el endometrio se cae, produciendo la menstruación. Es la hormona responsable del desarrollo de caracteres sexuales secundarios en una mujer, y sirve para mantener el embarazo. (10)

### **Efectos:**

La progesterona ejerce su acción principal a través del receptor de progesterona intracelular, aunque se ha postulado sobre un receptor de progesterona unido a la membrana. Además, la progesterona es un antagonista muy potente del receptor de mineral corticoides (el receptor de la aldosterona y otro mineral corticoides). La progesterona previene la activación de los receptores de mineral corticoides al unirse a estos receptores con una afinidad que supera incluso los de la aldosterona y otros corticosteroides, como el cortisol y la corticosterona.

La progesterona tiene una serie de efectos fisiológicos que son amplificados en la presencia de estrógenos. Los estrógenos a través de los receptores de estrógenos regulan al alza la expresión génica de los receptores de progesterona. También, niveles elevados de progesterona reducen fuertemente la actividad de la aldosterona de retener sodio, resultando en natriuresis y una reducción en el volumen del líquido extracelular. Por otra parte, la abstinencia de progesterona es asociado con un aumento temporal en la retención de sodio (natriuresis reducido, con un incremento en el volumen del líquido extracelular) debido al incremento compensatorio en la producción de aldosterona, que lucha contra el bloqueo de los receptores de mineral corticoides por los niveles previamente elevados de progesterona. (10)

### 3.1.3. RESPUESTA SEXUAL.

La conducta sexual con lleva, junto a una compleja interacción de factores intrapsíquicos, interpersonales y sociales que intervienen en su iniciación y mantenimiento, una expresión psicofisiológica característica manifestada en un conjunto de cambios físicos y mentales que constituyen lo que se llama “Respuesta sexual”.(2)

El desarrollo de la sexología moderna está fuertemente marcado por las investigaciones realizadas en la década de los ‘60, los principales exponentes de esta época son los médicos William H. Masters y Virginia E. Johnson. Ellos publican en 1966 sus estudios denominados “Respuesta Sexual Humana”. Estos autores representaron sus hallazgos por medio de una curva y la dividieron en cuatro fases, además de un período refractario (excitación, meseta, orgasmo y resolución). (Master. H. y Jonson; 1966) (6) .otros autores como Helen S. Kaplan, (1978), investigadora y sexóloga estadounidense, dividió a la respuesta sexual en tres fases: deseo, excitación y orgasmo. Esta propuesta es muy interesante porque incluye al deseo sexual (7). Las propuestas de Masters y Johnson y la de H. S. Kaplan no se contraponen sino que, por el contrario, se complementan. Aunque existen diferencias básicas en las propuestas:

- a) Kaplan incluye al deseo sexual como una dimensión nueva.
- b) El modelo de Masters y Johnson supone que la respuesta sexual es lineal: de la excitación Sigue invariablemente la meseta, después el orgasmo, etc.

La RS puede describirse esquemáticamente como una secuencia cíclica de etapas o fases características que se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí.

#### **Cambios fisiológicos asociados a la respuesta sexual.**

Los cambios fisiológicos que constituyen la RS, bastante similares en realidad en el hombre y la mujer, suelen agrupar para su análisis y descripción de cuatro fases principales:(2)

Las fases del Ciclo de Respuesta Sexual Humana descritas por Masters & Johnson, Kaplan y Levine son las siguientes:

**a. Fase de deseo**

En la fase de deseo sexual se distingue el impulso sexual (o drive en la literatura americana), sensación física de estar sexualmente necesitado, urgencia sexual, el individuo siente deseos de estar con su pareja. Este impulso está mediado por hormonas tales como la testosterona, algunos neuropéptidos y feromonas. Podría considerarse una respuesta más bien de carácter instintivo.

Este impulso se ve afectado negativamente por la dieta, el estrés, las enfermedades tanto crónicas como agudas, y por la depresión. La percepción del impulso tiene una enorme variación individual así como de género. El impulso sexual es habitualmente más pronunciado en el hombre.

El otro componente del deseo sexual es la motivación psicológica, estando condicionado por los sentimientos internos de afecto y de amor, así como por los estímulos externos, tales como los atributos físicos del individuo, su forma de comunicarse, los olores, el lenguaje corporal, etc.

Se produce expectación consciente de la manifestación sexual, pero en cierta medida modulada por las normas sociales y culturales imperantes. La motivación psicológica puede verse afectada por las respuestas emocionales como tabúes, fobias. También presenta una enorme variación individual y de género.

**b. Fase de excitación**

Durante la fase de excitación se produce una gran vasodilatación del área pelviana. En la mujer, principalmente del introito vaginal, erección del clítoris, engrosamiento y crecimiento de los labios mayores y menores. Esto se traduce en una lubricación importante de la vagina y del introito vaginal.

El clítoris aumenta de volumen, se produce una erección de los pezones. Luego se produce una expansión del tercio superior de la vagina, con elevación del



útero. En algunas mujeres suele producirse un rubor sexual, enrojecimiento de la cara anterior del tronco.

En el hombre, la vasocongestión del área genital lleva a la erección del pene, se produce un endurecimiento y cambio del ángulo de presentación del pene, dada por el llene sanguíneo de los cuerpos cavernosos. El aumento de tamaño del glande, está dado por el llene sanguíneo del cuerpo esponjoso. También suele producirse una erección de los pezones y rubor sexual.

### **c. Fase de meseta**

En la fase de meseta se producen algunos cambios generales tanto en el hombre como en la mujer. Estos cambios consisten en la aparición de tono parasimpático mantenido y vasocongestión máxima. También se produce miotonía con aumento del tono muscular. Hay un aumento de la presión arterial (PA), de la frecuencia respiratoria (FR) y de la frecuencia cardíaca (FC).

En la mujer, aumenta el tamaño del útero, el clítoris se retrae bajo su capuchón, produciéndose su máximo crecimiento. Hay dilatación de los músculos vaginales, produciéndose la plataforma orgásmica y se produce cambio de color de los labios. Estos cambios son indicación de un orgasmo inminente.

En el hombre, los cuerpos esponjosos llegan a su máxima plétora sanguínea, produciendo aumento considerable de volumen y rigidez del pene. Se produce secreción de las glándulas de Cowper, responsables de la lubricación. Hay elevación y crecimiento testicular.

### **d. Fase de orgasmo**

La fase orgásmica lleva a una serie de cambios generales en el hombre y en la mujer. El tono sexual parasimpático cambia a tono simpático. Se produce el cambio máximo de la PA, FR y FC. Comienzan las contracciones rítmicas de los músculos del piso de la pelvis. Apareciendo luego sensaciones agradables, placenteras centradas en la pelvis; pero que se irradian al resto del cuerpo.

Sensación de acabamiento, con gran relajación apenas ocurrido el orgasmo.

En la mujer se producen cambios en el cuello del útero al dilatarse el orificio cervical externo (OCE) y en la dirección del eje del canal, que se desplaza hacia posterior para sumergir el OCE en el lago seminal que se localiza en el fondo del saco vaginal posterior.

Además hay contracciones rítmicas de la plataforma orgásmica: fascículos pulocoxígeos del elevador del ano, del útero y del esfínter anal externo. También se producen contracciones espasmódicas rítmicas de los músculos esqueléticos y espasmo carpopedal (músculos extensores mano y pie)

En el hombre, se produce la eyaculación, contracción del conducto deferente, de la próstata y del conducto eyaculador, con expulsión de semen. Se produce la contracción de los músculos bulbocavernosos, pubeocoxígeos (piso pélvico) y del ano. También se producen contracciones espasmódicas rítmicas de los músculos esqueléticos y el espasmo carpopedal.

Para el hombre es fácil reconocer la fase orgásmica, por acompañarse de la eyaculación de semen. Sin embargo, en la mujer a veces se da la pregunta ¿cómo saber si fui orgásmica?

Se producen espasmo musculares irregulares, contracturas. Hay cambios en la expresión facial. Pueden ocurrir vocalizaciones: jadeos, gemidos, risas, llanto, maldiciones, etc. Luego de producirse un estado de relajación del ensueño sexual, el cuerpo se tensa. Puede venir un abandono de la tensión con ondas de placer localizado en la región pelviana. A veces suele ocurrir pérdida momentánea del conocimiento, con un profundo sentido de relajación, sensación de acabamiento total.

#### **e. Fase de resolución**

En la fase de resolución se presentan cambios generales que afectan al hombre y a la mujer. Todos los parámetros que se habían visto cambiar como PA, FR y FC vuelven a sus valores iniciales. Puede aparecer sudoración en la superficie

corporal. Al mantenerse el tono parasimpático genital, permite volver a la fase de excitación con respuesta orgásmica múltiple. Si se restablece el tono parasimpático visceral, el cuerpo se hace insensible a la estimulación erotogénica, apareciendo el período refractario. En la fase de resolución todos los cambios ocurridos en los genitales vuelven a su condición inicial. En la mujer, existe una mayor predisposición a los orgasmos múltiples (tono parasimpático genital). Algunas mujeres presentan una vuelta al tono parasimpático visceral, por lo que presentaría un período refractario.

En el hombre, se produce la detumescencia de los cuerpos cavernosos, con pérdida de la erección del pene, hay un regreso de todas las estructuras genitales a su condición inicial. La detumescencia del cuerpo esponjoso produce una disminución del volumen, especialmente el correspondiente al glande.

Existe posibilidad de múltiples orgasmos, sólo si persiste el tono parasimpático genital y la vasocongestión se mantiene. Si no se produce esta persistencia sobreviene el período refractario, el que puede ser corto en la adolescencia (minutos); pero con el transcurso de los años se va alargando, llegando a horas o días.

Si no ocurre orgasmo previo, esto lleva a una vasocongestión pélvica crónica, con una resolución pasiva.

En el hombre se traduce en un cuadro conocido como "bolas azules"; gran congestión testicular, con aumento del paquete vascular intraescrotal. Esto produce una sensación dolorosa que tarda alrededor de 1 hora en resolverse.

En la mujer, este mismo fenómeno es mucho más frecuente que en el hombre y recibe el nombre de "labios azules", demorándose varias horas en resolverse.

A continuación se detallan los cambios generales que se producen en el hombre y en la mujer durante las diferentes fases de la respuesta sexual humana. (12)



### Cambios generales producidos durante la respuesta sexual humana

HOMBRE	FASE	MUJER
<ul style="list-style-type: none"> <li>Erección del pezón (30%)</li> </ul>	EXCITACION	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erección del pezón (consistente)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rubor sexual (25%)</li> <li>Espasmo carpopedal</li> <li>Tensión general del sistema músculo esquelético</li> <li>Hiperventilación</li> <li>Taquicardia (100-160 x minuto)</li> </ul>	MESETA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rubor sexual (75%)</li> <li>Espasmo carpopedal</li> <li>Tensión general del sistema músculo esquelético</li> <li>Hiperventilación</li> <li>Taquicardia (100-160 x minuto)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Contracción específica del sistema músculo esquelético</li> <li>Hiperventilación</li> <li>Taquicardia (100-180 x minuto)</li> </ul>	ORGASMO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contracción específica del sistema músculo esquelético</li> <li>Hiperventilación</li> <li>Taquicardia (100-180 x minuto)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sudoración (30-40%)</li> <li>Hiperventilación</li> <li>Taquicardia (150-80 x minuto)</li> </ul>	RESOLUCION	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sudoración (30-40%)</li> <li>Hiperventilación</li> <li>Taquicardia (150-80 x minuto)</li> </ul>

### Complejidades de la respuesta sexual humana

- Las mujeres son lentas en su respuesta; los hombres son rápidos.
- En las mujeres existe mucha variación; los hombres son muy parecidos.
- Las mujeres pueden tener múltiples orgasmos; los hombres habitualmente sólo uno.
- Las mujeres tienen orgasmos; los hombres además eyaculan.
- Las mujeres en general no presentan período refractario; los hombres sí lo presentan.

#### A. Mecanismos fisiológicos de la Respuesta Sexual

Un estímulo erótico condiciona una descarga nerviosa en el cerebro que se libera de los circuitos inhibidores a los centros medulares responsables de la intumescencia genital: el dorso lumbar, a nivel de D11-L2, interviene por fibras simpáticas cuando hay un estímulo psíquico activando el plexo hipogástrico, los

nervios cavernosos y el tejido peneano; el sacro (S2-S4) responde a una estimulación genital directa. Ambos estímulos evolucionan sinérgicamente para producir la intumescencia genital: se consigue por inducción cerebral y se mantiene durante el acto sexual por el contacto y el arco reflejo sacro. Las órdenes nerviosas producen una vasodilatación cuya consecuencia es la erección del pene y la lubricación de la vagina.(13)

La RS en la especie humana se rige principalmente por las funciones cognitivas si bien las hormonas, especialmente los esteroides sexuales, son capaces de modular algunos aspectos de la sexualidad humana. Los estrógenos resultan impredecibles incluso en el varón por una sexualidad normal, pero es la testosterona el principal determinante de la sexualidad tanto en los hombres como mujeres. El deseo sexual es el resultado de una compleja interacción entre procesos cognitivos (mediados a través de la imaginación), mecanismos neurofisiológicos (excitabilidad sexual a nivel del sistema nervioso central y componentes afectivos (humor y estados emocionales). La RS depende de los niveles sanguíneos de ciertas hormonas: (12)

- **Andrógenos:** en el hombre, la testosterona desempeña un papel importante en el mantenimiento del interés y la función sexuales. Durante la pubertad hay una clara asociación entre la elevación de los niveles y el interés y actividad sexuales. Con el envejecimiento disminuyen los niveles circulantes de testosterona paralelos al declinar de la función sexual. En la mujer también desempeñan un papel en la motivación sexual pero la evidencia es inconsistente y a veces contradictoria. Sus efectos fácilmente se ven interferidos por factores afectivos (el ánimo, la energía, el bienestar, otros mecanismos psicológicos) y por la actuación conjunta de otras hormonas. Los niveles de testosterona aumentan durante la fase folicular y llegan al máximo aproximadamente en el tercio medio del ciclo, disminuyendo durante el tercio final. El interés sexual es, en algunas mujeres, mayor durante la fase folicular o alrededor de la ovulación pero hay variaciones individuales considerables. A lo largo del ciclo se producen otros muchos cambios hormonales que parecen relacionarse. Se ha encontrado de forma recurrente menor actividad sexual durante la fase

menstrual pero esto no significa necesariamente que la excitación sexual sea menor en esta fase. En este caso, parece haber otras explicaciones no hormonales. También disminuyen el interés sexual y el disfrute durante la lactancia materna, momento en el que los niveles de testosterona son menores.

En ambos sexos hay un umbral superior de dosis-respuesta por debajo del que hay una relación directa entre la dosis de testosterona y la respuesta sexual, pero por encima del que no se produce un aumento significativo de la motivación sexual. El tratamiento con antiandrógenos disminuye el interés y la actividad sexual en ambos sexos.

- **Estrógenos:** los estrógenos exógenos tienen un efecto negativo en la sexualidad de los hombres, disminuyen el interés y la respuesta sexuales, de forma similar a lo que encontramos en los hombres con hipogonadismo. En las mujeres no está claro si tienen un efecto directo en el interés y la excitación sexuales. Sí desempeñan un importante papel en el mantenimiento del buen estado trófico de la vagina. Su déficit se acompaña de disminución del grosor del epitelio vaginal y de su capacidad de lubricación. En algunos estudios se ha observado que el etinilestradiol tiene relación con el interés sexual, el disfrute, la frecuencia orgásmica e incluso el ánimo (sensación de bienestar) y parece que el efecto es dosis dependiente. (7)

## B. Método anticonceptivo y el impacto en la relación sexual

Los tratados de los derechos internacionales sobre derechos humanos incluyen los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva. Como resultante de un largo proceso de reflexión y consenso nos lleva a la necesidad de establecer mecanismos de anticoncepción eficaz segura y cómoda para toda la población que la demande. Sin duda estos mecanismos anticonceptivos tienen una repercusión en la relación sexual y más precisamente en la relación coital, que puede derivar en un embarazo no deseado en las relaciones físicas establecidas entre individuos de distinto sexo.



La comodidad de estos métodos también se han visto incrementada con la aplicación de nuevas tecnologías a sus fundamentos. Es obvio que los métodos naturales interfieren en la espontaneidad de las relaciones sexuales, requieren por tanto un adiestramiento y una motivación para que su repercusión en las relaciones sexuales no sean negativas.

En el importante capítulo de la anticoncepción hormonal como un método de elevada eficacia, seguridad y comodidad. Su extenso estudio y desarrollo nos permite disponer de productos variados (combinados de estrógenos y gestágenos con variadas composiciones y dosis y pautas), así como de diferentes vías de administración.

Las dosis y los productos hormonales usados en la actualidad convierten que hoy empleamos en muy seguros y fiables, con la que la repercusión en la sexualidad es evidente. Permiten una elevada confianza en el establecimiento de las relaciones sexuales en cualquier momento y fase de la mujer con un muy limitado riesgo de embarazo.

Mucho se ha publicado respecto a la posible repercusión de los productos más veteranos (de anticoncepción oral combinada) en la posible disminución del deseo sexual de las mujeres usuarias. Revisando los datos de la bibliografía médica, aunque se ha atribuido en algunas publicaciones una disminución del deseo sexual hasta en un tercio de las usuarias, la falta de rigor metodológico, la dificultad de eliminar factores añadidos y las publicaciones que demuestren todo lo contrario nos llevan a inferir que no existen datos concluyentes al respecto. Parecen más importantes las vivencias previas de la sexualidad, los factores religiosos culturales y la relación de la pareja que las posibles influencias de las hormonas exógenas suministradas. En todo caso, la administración de hormonas podría ser un factor añadido a otros que influyen en el comportamiento sexual, pero no en el determinante único ni el más importante. Parecen demasiado simplista atribuir tan solo a la toma de anticonceptivos hormonales a la disminución del deseo sexual en la mayoría de las ocasiones. (12)

#### 4. ANÁLISIS DE LOS ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

##### Antecedentes locales

- 4.1. Cornejo Blas Faviola Liz, Corzo Calatayud María del Carmen. Arequipa (2004).

**Influencia de métodos anticonceptivos hormonales en el deseo sexual de mujeres de 20-30 años hospital regional Honorio Delgado, mayo –agosto Arequipa 2004.**

En la reciente investigación se manejó 222 unidades de estudio como muestra de universo de mujeres de 20 -30 años, divididos en 2 grupos de 111 mujeres que utilicen métodos anticonceptivos orales combinado y métodos hormonales solo de progestágenos respectivamente. Como objetivos se planteo Describir cómo influyen los métodos anticonceptivos hormonales de progestágenos en el deseo sexual de mujeres de 20-30 años en el hospital Honorio Delgado. Describir cómo influyen los métodos anticonceptivos hormonales orales combinados en el deseo sexual de estas mujeres. Evaluar cuál de los dos métodos anticonceptivos influye más en el deseo sexual de las mujeres de 20-30 años en el hospital Honorio Delgado. Con cuyos resultados se obtuvieron en el uso de los métodos anticonceptivos solo de progestágenos (depoprovera), que el 51.35% de las unidades de estudio presento el deseo sexual disminuido ,el 44.15% deseo sexual sin alteración y el 4.5% deseo sexual aumentado .en el caso de los anticonceptivos orales combinados(lo femenal) el 60.4% de las mujeres de 20 a 30 años presentaron un deseo sexual sin alteración, el 20.7% deseo sexual disminuido y el 1.8% deseo sexual aumentado, independientemente de los efectos colaterales. Concluyendo que al realizar el análisis estadístico de las frecuencias y de la relación entre fármacos anticonceptivos observamos que hay diferencia significativa en las manifestaciones observadas entre ambos tipos de anticonceptivos, por lo tanto podemos decir que el anticonceptivo con mayores efectos negativos en el deseo sexual de las pacientes mujeres de 20 a 30 años del Hospital Regional Honorio Delgado, es el anticonceptivo solo de progestágenos.

### Antecedentes internacionales:

- 4.2. Maiztegui Laura Carolina. Argentina (2006). **Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y conductas de salud sexual y reproductiva de las mujeres del hospital materno provincial de Córdoba, Argentina 2006.** Se estudió a las mujeres, multíparas, donde se indaga el nivel de conocimiento que tienen sobre métodos anticonceptivos y la adopción de conductas de salud sexual y reproductiva investigando la realidad nos revela que existen obstáculos culturales y de género que debemos transformar socialmente para mantener la salud de este grupo específico. Como objetivos se planteó determinar el grado de conocimiento que poseen las multíparas sobre métodos anticonceptivos (MAC). Conocer si las multíparas adoptan conductas de salud sexual y reproductiva en base a estos Conocimientos. Se empleó un diseño descriptivo, transversal y prospectivo. Se utilizaron los datos recolectados de una encuesta anónima, del total de 104 encuestas. Los resultados mostraron en cuanto a la Edad Media: 27 años de las mujeres un rango entre 22 -34 años. Determinamos que el 85% Conoce los MAC pero a la hora de usar alguno el 25% Ninguno, el 24% Píldora seguido del 21% Preservativos. Se observó un desinterés por consultar al médico sobre los MAC; Hubo un 52% prefieren los MAC contra un 48% elige ligarse las trompas. Encontramos que un 96% se controlaron sus embarazos. Se concluye que los conocimientos que tienen las mujeres no alcanzan para adoptar conductas, pues no se reflejan en su comportamiento sexual y reproductivo. Finalmente debemos generar cambios en la salud que permitan brindar educación continua, abordando diferentes medios de comunicación social, la escuela y los servicios de asistencia sanitaria.



## HIPÓTESIS

**DADO QUE:** Los métodos anticonceptivos hormonales incrementan o disminuyen los niveles séricos de hormonas femeninas, como parte de la fisiología de la respuesta sexual,

**ES PROBABLE QUE:** Exista una significativa modificación en la respuesta sexual en usuarias que usan los métodos anticonceptivos hormonales (orales o inyectable) atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola 2013.



## II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

**1.1. Técnicas:** La técnica empleada será la observación y entrevista (tomar datos) de las mujeres de 18 a 32 años que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola. 2013.

**1.2. Instrumento:**

**Ficha de recolección de datos**

**Materiales de Verificación**

- Material de escritorio
- PC Pentium IV
- Impresora
- Sistema operativo Windows Vista
- Procesador de texto Word 2010
- Soporte estadístico SPSS 21.0 for Windows

### 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

**2.1. Ubicación espacial**

- **Precisión del lugar:** La investigación se realizó en el Servicio de planificación familiar del Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola. 2013..

**2.2. Ubicación temporal**

- **Cronología:** Se realizó la recolección de datos de la presente investigación durante el año 2013, entre los meses de setiembre y octubre.

**2.3. Unidades de estudio**

Mujeres de 18 a 32 años.

**Grupo de estudio:** Mujeres de 18 a 32 años atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola. 2013.

### **Criterios de Inclusión**

- Mujeres de 18 a 32 años.
- Mujeres sexualmente activas
- Mujeres que se atienden en planificación familiar.
- Mujeres sanas sin patologías adicionales
- Mujeres que usen métodos anticonceptivos hormonales.
- Mujeres con un tiempo de uso del método de mayor a 3 meses a 3 años.

### **Criterios de exclusión**

- Mujeres embarazadas
- Mujeres que usan otros métodos anticonceptivos
- Mujeres con un tiempo de uso del método menor de 1 año.

## **2.3.1. Universo o población**

### **Población**

Está conformado por todas mujeres de 18 a 32 años de la ciudad de Arequipa que acudieron al Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola. 2013.

### **Cálculo del tamaño muestral**

Mediante el muestreo probabilístico, determinamos el tamaño una muestra para variables categóricas de tamaño conocido. Siendo que se atendieron 2096 que utilizan el método anticonceptivo oral. Aplicamos:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

$\alpha$  = Nivel de significancia

1-  $\alpha$  = Nivel de Confianza

Tenemos que:

n =?

N = 2096

$\alpha$  = 5%

1-  $\alpha$  = 95%



$Z_{1-\alpha}$  = Valor tipificado

 $Z_{1-\alpha} = 1.96$ 

p = Proporción

P = 0.2

q = 1-p

q = 0.8

d = Precisión

d = 0.075

Reemplazando

$$n = \frac{2096 * (1.96)^2 * 0.2 * 0.8}{(0.075)^2 * (2096 - 1) + (1.96)^2 * 0.2 * 0.8}$$

n = 104

Por lo tanto; requerimos como 104 mujeres para un nivel de confianza del 95%, con una precisión de 5%.

Determinamos el tamaño una muestra para variables categóricas de tamaño conocido. Siendo que se atendieron 2352 que utilizan el método anticonceptivo inyectable. Aplicamos:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

 $\alpha$  = Nivel de significancia

1-  $\alpha$  = Nivel de Confianza

 $Z_{1-\alpha}$  = Valor tipificado

p = Proporción

q = 1-p

d = Precisión

Tenemos que:

n = ?

N = 2352

 $\alpha$  = 5%

1-  $\alpha$  = 95%

 $Z_{1-\alpha} = 1.96$ 

P = 0.3

q = 0.7

d = 0.075

Reemplazando

$$n = \frac{2352 * (1.96)^2 * 0.3 * 0.7}{(0.075)^2 * (2352 - 1) + (1.96)^2 * 0.3 * 0.7}$$

n = 136

Por lo tanto; requerimos como 136 mujeres para un nivel de confianza del 95%, con una precisión de 0.05.

Por lo tanto, requerimos 104 de usuarias del método anticonceptivo oral (Etinil estradiol + Levonorgestrel) y 136 usuarias del método anticonceptivo Inyectable de depósito (Acetato de medroxiprogesterona), que en total serán 240 usuarias de 18 a 32 años para un nivel de confianza del 95% con una precisión de 5%.

### **Muestreo**

Se aplicó una entrevista a las usuarias que actualmente utilizaban los métodos anticonceptivos de tabletas orales como los inyectables de depósito en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola.

### **Muestra**

Después de aplicar la fórmula y los criterios de inclusión y exclusión, quedo conformado de la siguiente manera:

Pacientes que usan MAO	104
Pacientes que usaron Inyectable	136

## **2.4. Estrategia de Recolección de Datos**

### **2.4.1. Organización**

Una vez aprobado el presente plan de tesis, se procedió a solicitar el permiso correspondiente a la jefatura del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola, e identificar a las unidades de estudio dentro de las instalaciones del Servicio de planificación familiar. Luego se les solicitó su participación en el presente estudio de manera voluntaria y anónima brindándoles la confianza necesaria para obtener una información fidedigna, orientada al logro de nuestros objetivos.

### **2.4.2. Recursos**

#### **2.4.2.1. Recursos humanos**

##### **Las autoras:**

Bachiller en Obstetricia: Hellen Narcisa Cateriano Hernani.

Bachiller en Obstetricia: Jessika Ingrid Huarca Valdivia.

**Asesora:** Mgter. Carmen Gago Bautista

#### **2.4.2.2. Recursos físicos**

- Ficha de recolección de datos

#### **2.4.2.3. Recursos financieros**

- Autofinanciado por las autoras.

### **2.4.3. Validación de instrumento**

La validación cualitativa de la ficha de recolección de datos es una hoja de registro de información, que se elaboró exclusivamente para el presente estudio, el cual fue validado con la aplicación de una prueba piloto y siendo aprobado por la Dra. Janeth Escobedo Vargas.

### **2.4.4. Criterios para el manejo de los resultados**

#### **2.4.4.1. A nivel de recolección**

Se procedió a la ubicación de las mujeres usuarias de los métodos anticonceptivos hormonales. Es necesario que las usuarias se encuentren en una situación confortable. Se informó a la usuaria sobre la importancia de la aplicación del instrumento. Posteriormente se procedió con la entrevista.

#### **2.4.4.2. A nivel de sistematización**

Para el procesamiento de los datos se procedió a tabular manualmente los datos recogidos, para su posterior análisis estadístico, en el Programa Estadístico SPSS 21.0 por Windows.

#### **2.4.4.3. A nivel de estudio de datos**

Basados en los resultados obtenidos del Software SPSS (Statistical Program and Services Solutions); las variables cualitativas se describirán en frecuencia absoluta (N) y frecuencia relativa (%); las variables cuantitativas, se describirán como media ( $\bar{X}$ ) y desviación estándar ( $\sigma$ ) cuando se ajusten a la normalidad. Se usará el test de chi cuadrado para comparar variables categóricas; se considerará significativo cuando presente una probabilidad aleatoria para el error tipo I menor a 5%.





## **CAPITULO III**

## **RESULTADOS**

**TABLA N° 1**
**TIEMPO DE USO DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO EXTERNO**

TIEMPO DE USO	MÉTODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL					
	MAO		Injectable		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<=14 meses	33	13.8	49	20.4	82	34.2
15 a 16 meses	42	17.5	55	22.9	97	40.4
>=27 meses	29	12.0	32	13.4	61	25.4
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>43.3</b>	<b>136</b>	<b>56.7</b>	<b>240</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras

La Tabla N° 1, podemos observar que el mayor porcentaje del 40.4% de las mujeres utilizaron el método anticonceptivo hormonal durante 15 a 16 meses, el 34.2% lo vienen utilizando hace menos de 14 meses y el 25.4% lo viene utilizado más de 27 meses.

Para la presente investigación se seleccionó a las usuarias que han hecho uso del método anticonceptivo hormonal por mayor de 15 meses, por ser el tiempo necesario para obtener una mejor información del uso del método anticonceptivo hormonal.

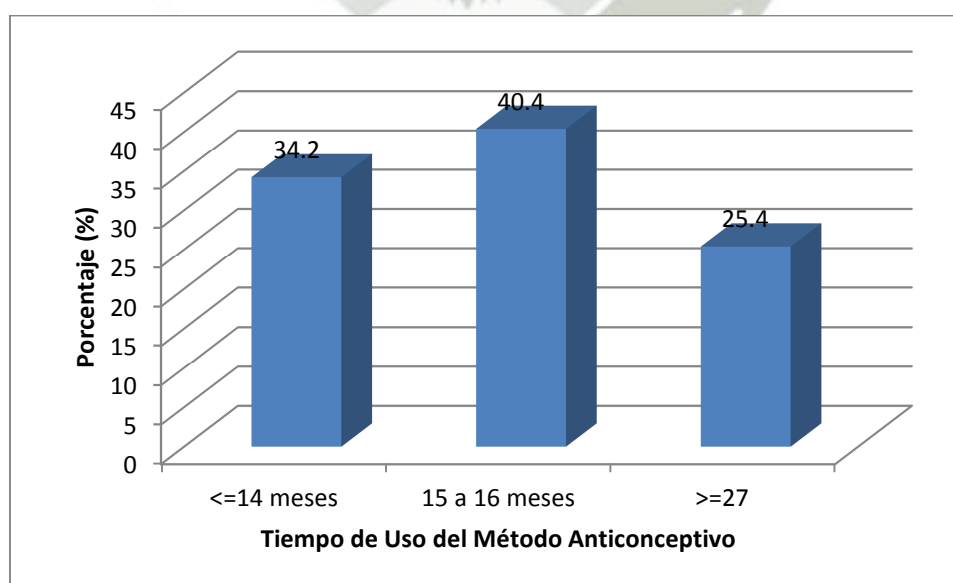
**GRÁFICO N° 1**


TABLA N° 2

**CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LAS MUJERES QUE USAN  
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

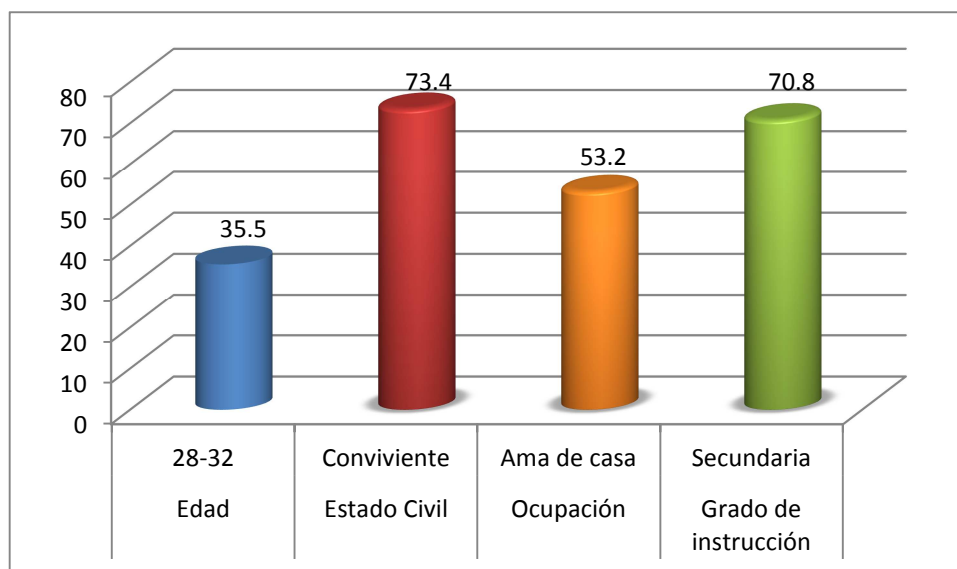
<b>Características</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
<b>EDAD</b>		
18-22	50	31.6
23-27	52	32.9
28-32	56	35.5
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltera	14	8.9
Casada	28	17.7
Conviviente	116	73.4
<b>OCUPACIÓN</b>		
Ama de Casa	84	53.2
Estudiantes	9	5.8
Comerciante	42	26.5
Agricultora	4	2.5
Profesional	19	12.0
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
Analfabeta	3	1.9
Primaria	4	2.5
Secundaria	112	70.8
Superior No Universitaria	26	16.4
Superior Universitaria	13	8.2
<b>TOTAL</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras

La tabla N° 2, en cuanto a las características socioculturales de las mujeres usan métodos anticonceptivos hormonales; siendo la edad con mayor porcentaje la de 28 a 32 con un 35.5%; en el estado civil tenemos que el 73.4% son convivientes, en razón a la ocupación encontramos que el 53.2% son amas de casa; con un grado de instrucción en el nivel de secundaria con un 70.8%.



**GRÁFICO N° 2**

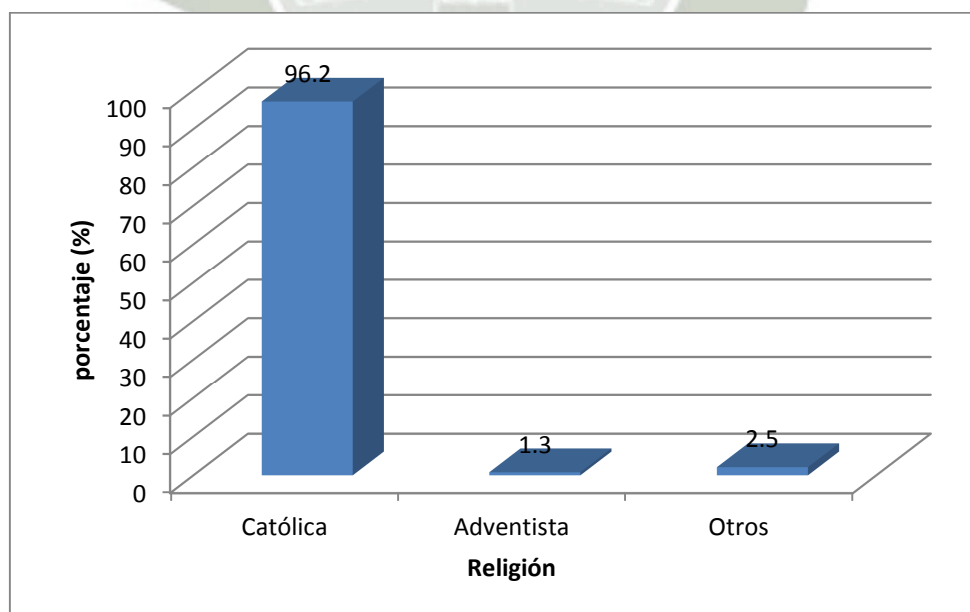


**TABLA N° 3**
**RELIGIÓN A LA QUE PERTENECEN LAS USUARIAS QUE USAN MÉTODOS  
ANTICONCEPTIVOS**

RELIGIÓN	N°	%
Católica	152	96.2
Adventista	2	1.3
Otros	4	2.5
<b>TOTAL</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras

En la tabla N° 3, en cuanto a la religión a la que pertenecen, las mujeres que usan métodos anticonceptivos hormonales, en su mayor son católicas con un 96.2%, un 2.5% que pertenecen a otras religiones y un 1.3% son adventistas.

**GRÁFICO N° 3**


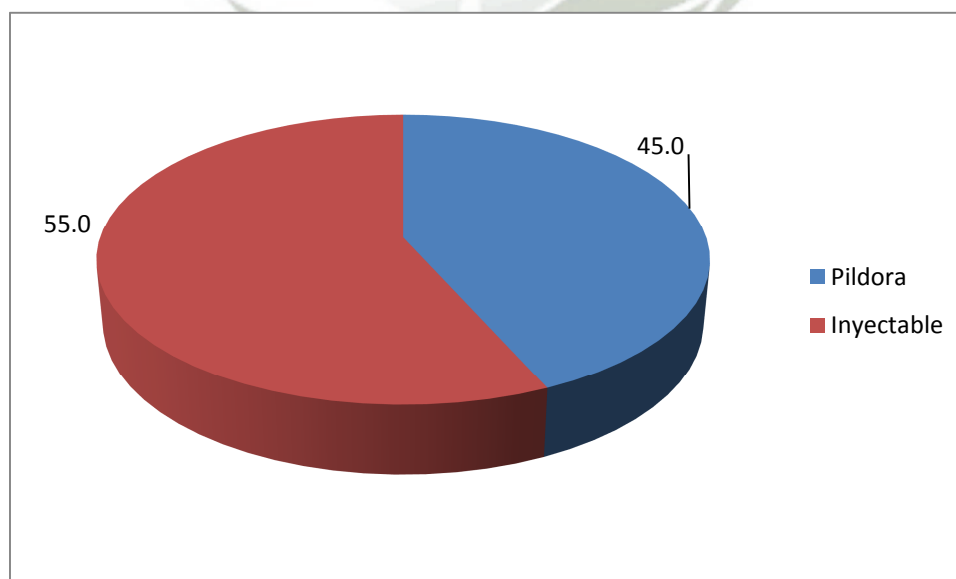
**TABLA N° 4**
**MÉTODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL QUE UTILIZARON LAS  
UNIDADES DE ESTUDIO**

Método Anticonceptivo Hormonal	N°	%
MAO	71	45.0
Inyectable	87	55.0
<b>TOTAL</b>	<b>158</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras

En la tabla N° 4, en cuanto al método anticonceptivo hormonal que han elegido las usuarias, tenemos que el 55.0% de unidades de estudio investigadas han elegido el inyectable y el 45.0% que ha optado por el uso del MAO.

Estos datos confirman, que las usuarias sienten mayor seguridad usando el inyectable como método anticonceptivo hormonal.

**GRÁFICO N° 4**




**TABLA N° 5**
**FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES EN LAS USUARIAS QUE USAN LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES**

Frecuencia de Relaciones Sexuales en 3 meses	MÉTODO ANTICONCEPTIVO			
	MAO		Inyectable	
	N°.	%	N°.	%
Todos los días	2	2.9	2	2.4
1 Vez por Semana	28	39.5	4	4.6
2 Veces por semana	12	16.9	67	77.0
3 Veces por semana	19	26.7	13	14.9
4 Veces por Semana	10	14.0	1	1.1
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

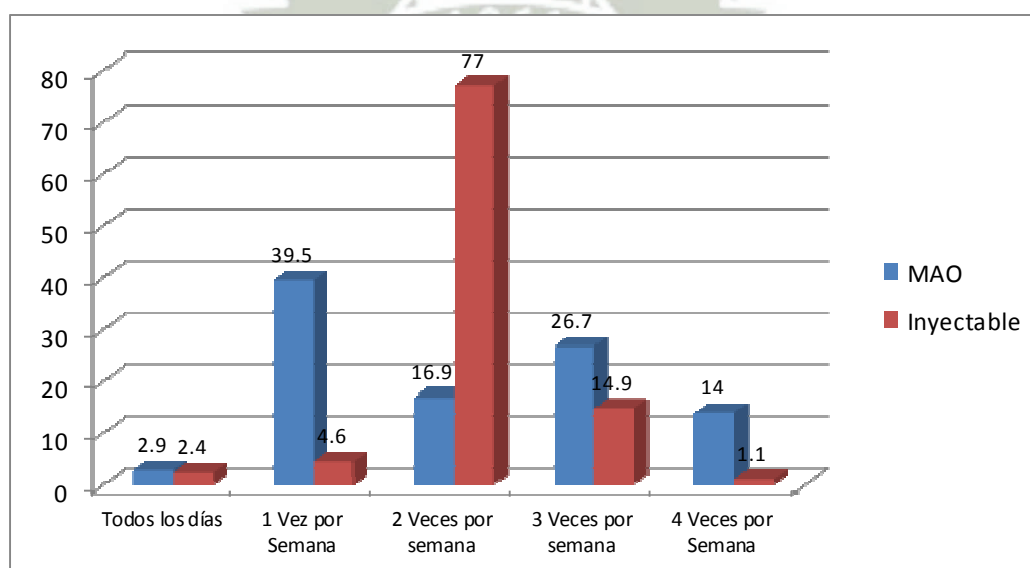
**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras

$$X^2=79.64$$

$$P<0.05$$

La tabla N° 5, se observa, que el 16.9% de las mujeres que usan anticonceptivos de píldoras tienen relaciones sexuales 2 veces por semana frente al 77.0% de las mujeres que usan anticonceptivo en inyectable.

La prueba de Chi cuadrado para proporciones ( $X^2=79.64$ ), muestra que la frecuencia de las relaciones sexuales en las mujeres que usan Método Anticonceptivo Orales e inyectables presentó diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

**GRÁFICO N° 5**


**TABLA N° 6**
**INTERÉS SEXUAL EN LAS MUJERES QUE USAN LOS MÉTODOS  
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES**

Interés Sexual en 3 meses	MÉTODO ANTICONCEPTIVO			
	MAO		Inyectable	
	N°.	%	N°.	%
Aumentado	16	22.5	7	8.0
No se ha modificado	52	73.2	80	92.0
Disminuido	3	4.3	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

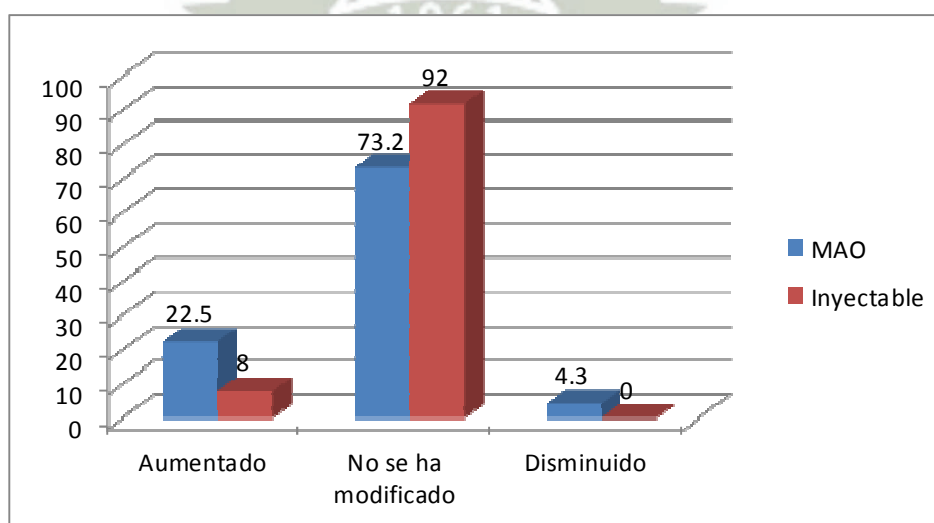
**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras

$$X^2=30.76$$

$$P<0.05$$

La tabla N° 6, se observa, que el 73.2% de las mujeres que usan anticonceptivos de píldoras no ha visto modificado su interés sexual, frente a un 92.0% de las mujeres que manifiestan lo mismo, haciendo referencia al uso de anticoncepción en inyectable.

La prueba de Chi cuadrado para proporciones ( $X^2=30.76$ ), muestra que el interés sexual en las mujeres que usan Método Anticonceptivo Orales e Inyectables presentó diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

**GRÁFICO N° 6**


**TABLA N° 7**
**JUEGOS SEXUALES PREVIOS EN LAS MUJERES QUE USAN LOS MÉTODOS  
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES**

Frecuencia de Relaciones Sexuales con juegos previos en 3 meses	MÉTODO ANTICONCEPTIVO			
	MAO		Inyectable	
	N°.	%	N°.	%
Siempre	3	4.2	0	0.0
Casi Siempre	16	22.5	3	3.4
A veces	46	64.8	84	96.6
Nunca	5	8.5	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

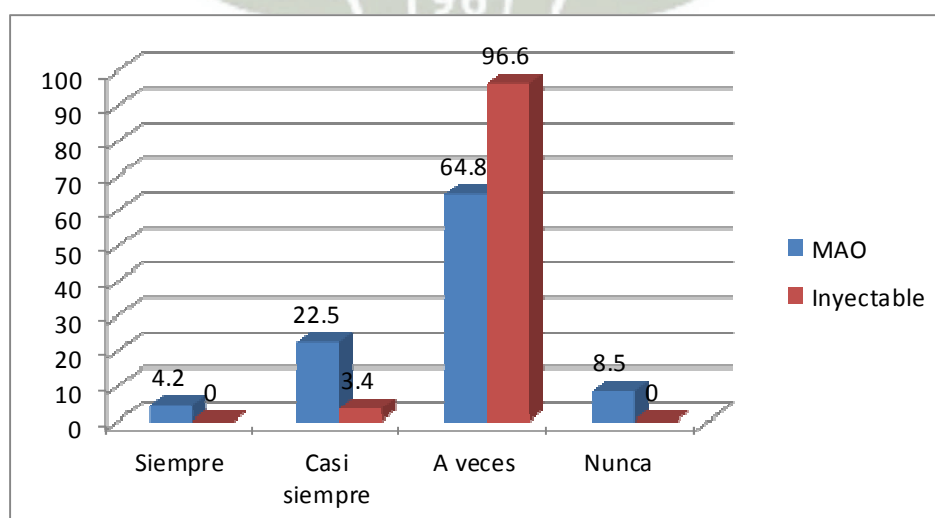
**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras

$$X^2=54.96$$

$$P<0.05$$

La tabla N° 7, se observa que el 64.8% de las mujeres que usan anticonceptivos de píldoras A veces han tenido relaciones sexuales con juegos previos, frente a un gran porcentaje del 96.6% de mujeres que si hacen uso de los juegos sexuales previos, son las que usan anticonceptivo en inyectable.

La prueba de Chi cuadrado para proporciones ( $X^2=54.96$ ), muestra que la frecuencia de relaciones sexuales con juegos previos en las mujeres que usan Método Anticonceptivo Orales e inyectables presentó diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

**GRÁFICO N° 7**




**TABLA N° 8**
**FRECUENCIA DE LUBRICACIÓN EN LAS RELACIONES SEXUALES EN LAS MUJERES QUE USAN LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVO ORALES E INYECTABLES**

Frecuencia de Lubricación en las Relaciones Sexuales en los últimos 3 meses	MÉTODO ANTICONCEPTIVO			
	MAO		Inyectable	
	N°.	%	N°.	%
Siempre	3	4.2	0	0.0
Casi Siempre	26	36.6	7	8.0
A veces	40	56.4	80	92.0
Nunca	2	2.8	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras

$$X^2=43.25$$

$$P<0.05$$

La tabla N° 8 se observa, que el 56.4% de las mujeres que usan anticonceptivos de píldoras A veces han tenido lubricación en sus relaciones sexuales, frente al 92.0% que también a veces han tenido lubricación, lo afirman las mujeres que usan anticonceptivo en inyectable.

La prueba de Chi cuadrado para proporciones ( $X^2=43.25$ ), muestra que la frecuencia de lubricación en las relaciones sexuales en las mujeres que usan Método Anticonceptivo Orales e inyectables presentó diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

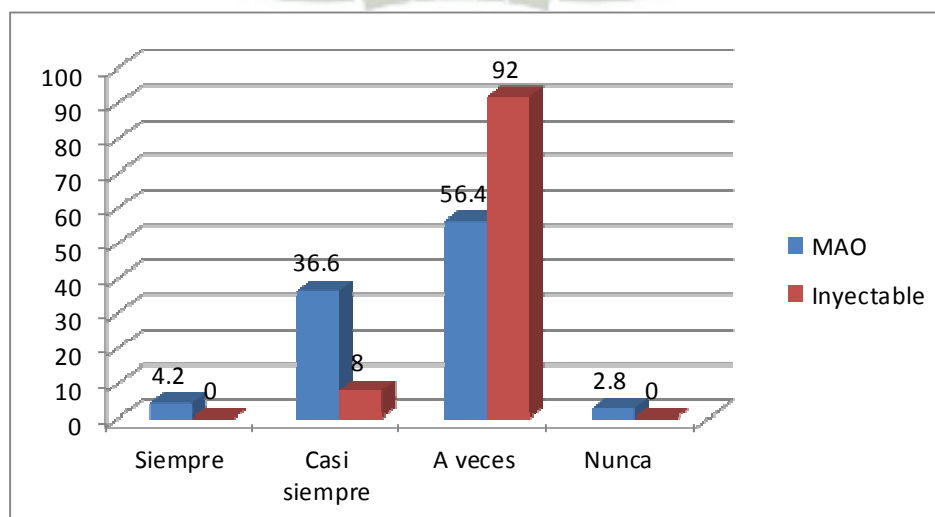
**GRÁFICO N° 8**


TABLA N° 9

### ORGASMO EN LAS MUJERES QUE USAN LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVO ORALES E INYECTABLES

Frecuencia de Orgasmos en los últimos 3 meses	MÉTODO ANTICONCEPTIVO			
	MAO		Inyectable	
	N°.	%	N°.	%
Siempre	7	9.9	0	0.0
Casi Siempre	8	11.3	5	5.7
A veces	32	45.0	82	94.3
Nunca	24	33.8	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras

$$X^2=84.21$$

$$P<0.05$$

La tabla N° 9 se observa, que el 45.0% de las mujeres que usan anticonceptivos de píldoras a veces han tenido orgasmos, frente al 94.3% de las mujeres que usan anticonceptivo en inyectable, que afirman que si lo han tenido a veces.

La prueba de Chi cuadrado para proporciones ( $X^2=84.21$ ), muestra que la frecuencia de orgasmos con la vida en las mujeres que usan Método Anticonceptivo Orales e inyectables presentó diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

GRÁFICO N° 9

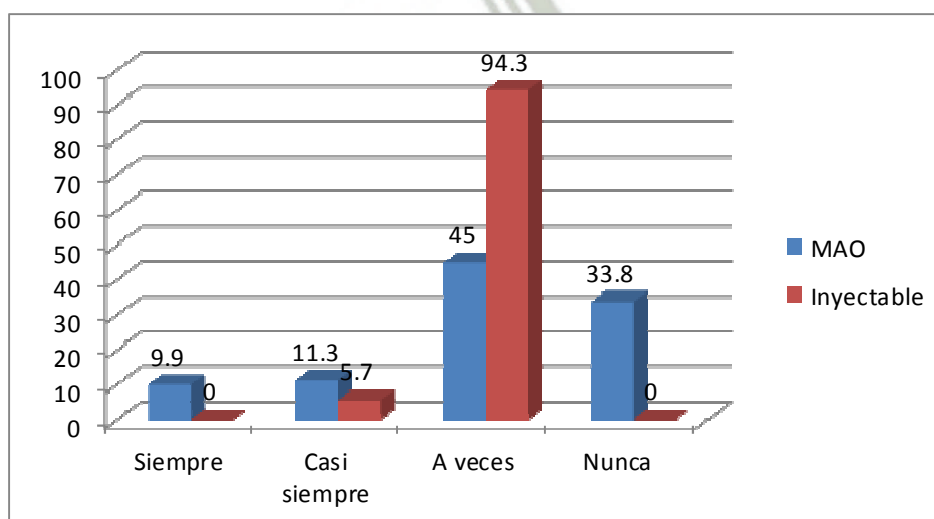


TABLA N° 10

**SATISFACCIÓN SEXUAL EN LAS MUJERES QUE USAN LOS MÉTODOS  
ANTICONCEPTIVO ORALES E INYECTABLES**

Satisfacción Sexual en los últimos 3 meses	MÉTODO ANTICONCEPTIVO			
	MAO		Inyectable	
	N°.	%	N°.	%
Muy Satisfecha	9	12.7	6	6.9
Satisfecha	35	49.3	20	22.9
Moderadamente satisfecha	26	36.6	60	68.9
Muy insatisfecha	1	1.4	1	1.4
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras

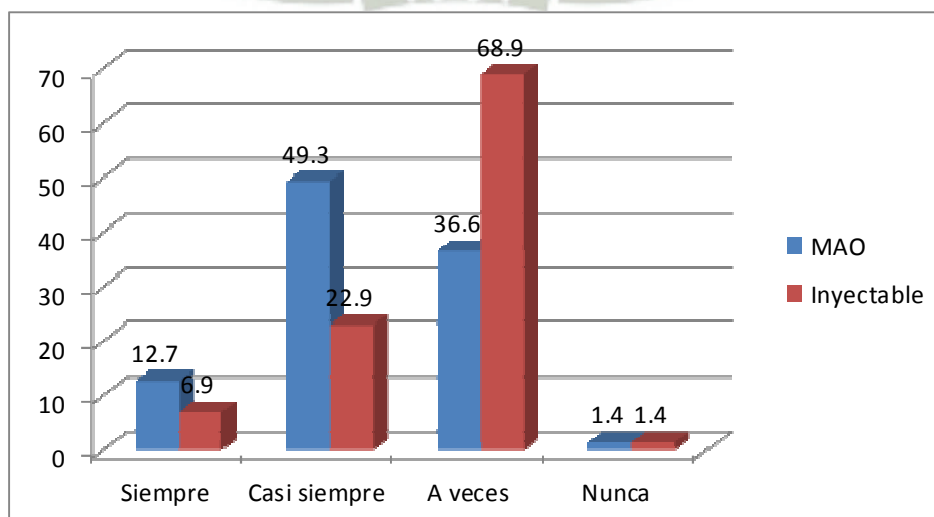
$$X^2=103.20$$

$$P<0.05$$

La tabla N° 10 se observa, que el 36.6% de las mujeres que usan anticonceptivos de píldoras se encuentran moderadamente satisfechas con sus relaciones coitales, frente al 68.9% de las mujeres que usan anticonceptivo en inyectable, que indican que también se encuentran moderadamente satisfechas.

La prueba de Chi cuadrado para proporciones ( $X^2=103.20$ ), muestra que la satisfacción sexual en las mujeres que usan Método Anticonceptivo Orales e inyectables presentó diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

GRÁFICO N° 10





**TABLA N°11**
**DISMINUCIÓN DEL DESEO SEXUAL EN LAS MUJERES QUE USAN LOS  
MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE ORALES E INYECTABLES**

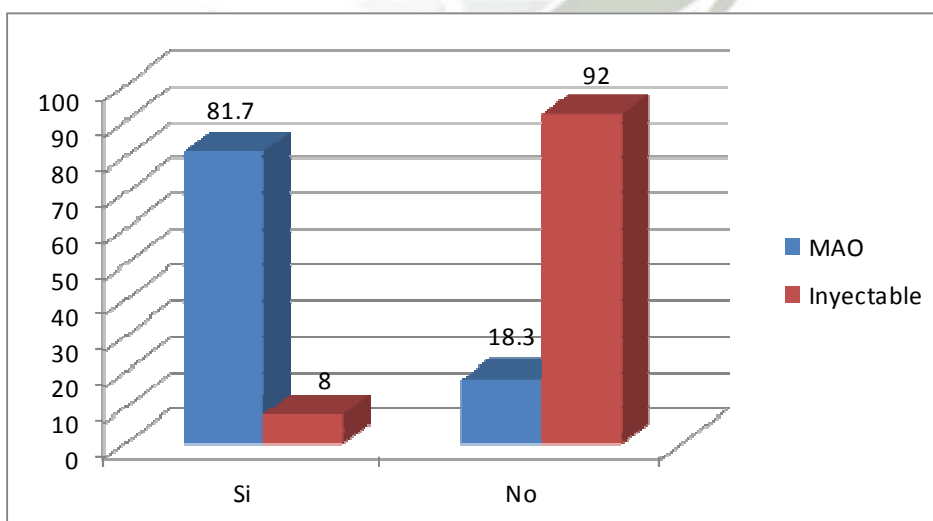
Disminución del Deseo Sexual según Anticonceptivo	MÉTODO ANTICONCEPTIVO			
	MAO		Inyectable	
	N°.	%	N°.	%
Si	58	81.7	7	8.0
No	13	18.3	80	92.0
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras

$$X^2=91.50 \quad P<0.05$$

La tabla N°11 se observa, que el 81.7% de las mujeres que usaron píldoras afirmaron que su deseo sexual ha disminuido; en cuando a las mujeres que usan anticonceptivo inyectable señalan que no han visto disminuido su deseo sexual en un 92.0%.

La prueba de Chi Cuadrado para proporciones ( $X^2=91.50$ ), muestra que la disminución del deseo sexual con el Método Anticonceptivo Orales e inyectable presentó diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

**GRÁFICO N° 11**




## **CAPITULO IV**

### **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La planificación familiar es un tema que ha concitado la atención de las autoridades y organizaciones a través del tiempo, ya que buscan reducir las altas tasas de natalidad existentes en países del tercer mundo; en el Perú también se trabaja para reducir la sobrepoblación existente en nuestro país. Todo esto nos lleva a desarrollar programas que brinden a las parejas la oportunidad de vivir su sexualidad con normalidad, sin la preocupación de los embarazos no deseados o planificados, si tomamos en consideración que existen diversos métodos anticonceptivos, los más usado en nuestros establecimientos de salud son los métodos anticonceptivos hormonales, porque brindan mayor seguridad a las usuarias que hacen uso de ellos.

Si consideramos que la decisión del uso de un método anticonceptivo es voluntaria, y que en lo posible debe ser una decisión compartida con la pareja. En el mundo de hoy sabemos que cada vez somos más personas, y que un niño al nacer, se merece tener un futuro seguro con educación, alimentación, salud, vivienda y amor, para que posteriormente pueda desarrollarse y que el inicio de relaciones sexuales depende de los valores que la persona haya adquirido a lo largo de su vida.

Así tenemos que la actividad relacionada con los órganos, glándulas y hormonas sexuales se expresa mediante la sexualidad humana y esta permite que la pareja mantenga una íntima comunicación y el disfrute de sensaciones placenteras, que le permita tener una mejor calidad de vida en su relación conyugal.

En la búsqueda de la información, hemos podido encontrar que en cuanto a las características socioculturales de las mujeres que usan algún métodos anticonceptivos y que acuden al consultorio externo de planificación se encontró que presentaron edades entre los 18 a 32 años, el 74.6% son convivientes, el 97.1% de ellas son católicas. En relación a su actividad ocupacional más de la mitad son amas de casa y tienen secundaria y vienen usando estos métodos anticonceptivos más de un año. Cornejo et. al. en el 2004 en su trabajo Influencia de métodos anticonceptivos hormonales en el deseo sexual trabajo con una población entre 20 a 30 años. De la misma manera Ojeda, F. en 1992 en su trabajo Uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil con vida sexual activa en el PP.JJ Ciudad Blanca en Arequipa, encontró que un poco más de la mitad de las mujeres que usan métodos anticonceptivos son de edad joven, son convivientes y son amas de casa.(23)



En cuanto a la frecuencia de relaciones sexuales que presentaron las usuarias, tenemos que el método anticonceptivo hormonal en inyectable, no afectó la frecuencia en las relaciones sexuales, en comparación a las que usan tabletas anticonceptivas. De la misma manera se genera casi siempre el interés sexual en estas mujeres que usan píldoras en comparación a las que usan inyectables como métodos anticonceptivos y asimismo las mujeres que casi siempre usan juegos previos para sus relaciones sexuales usan las píldoras en comparación a las usuarias de inyectables, según Gutierrez, 1991 (22).

En el estudio de Cornejo Blas F. (2004), se afirma que los anticonceptivos orales combinados (AOC), se observa que el deseo sexual se ve disminuido en presencia de efectos colaterales en un 36.04%; seguido de un deseo sexual sin alteración en presencia de efectos colaterales en un 31.53% de las mujeres usuarias de 20 a 30 años en el HRHD. Al comprar la variación del deseo sexual en función a la presencia o ausencia de efectos colaterales para los dos tipos de anticoncepción empleados; se observa que los AOC mantienen el deseo sin alteración aún en presencia de efectos colaterales en un 48.65% mientras que los ASP contrariamente disminuyen el deseo sexual en presencia de efectos colaterales en un 36.04%.

Para Master y Jhonson, la mayoría de las mujeres que utilizaban píldoras no comunicaban cambios de consideración en cuanto al interior, goce y conducta sexual, sin embargo alrededor de 10% de las que utilizaban ASP experimentaban una merma en el deseo o la respuesta sexual, lo cual se asemejan los resultados realizados por nosotros.

Se han realizado estudios comparativos sobre el uso de los métodos anticonceptivos hormonales, donde se ha considerado los estratos sociales, ya que la cultura, el género, la situación socioeconómica y la falta de educación sexual condicionan a este grupo de mujeres a interpretar y comprender la importancia de tomar decisiones y desarrollar una conciencia de la responsabilidad y compromiso de cambiar la conducta sexual para mejorar la calidad de vida familiar y su salud educar para el mejoramiento de la salud Sexual y salud Reproductiva de las mujeres.

## CONCLUSIONES

- PRIMERO** : Las características socioculturales que presentan las usuarias que se atienden en el Consultorio Externo de Planificación Familiar. Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola, son: La edad con mayor porcentaje (35.5%) es la de 28 a 32 años, el estado civil con un 73.4% son convivientes, la ocupación son amas de casa (53.2%) y con un grado de instrucción en el nivel de secundaria con un 70.8%.
- SEGUNDA** : El método anticonceptivo hormonal de mayor preferencia de elección por las usuarias que asisten al consultorio externo de planificación familiar. Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola. 2013, fue el inyectable con un 55.0%.
- TERCERA** : La prueba de Chi Cuadrado, para proporciones muestra que el uso de Métodos Anticonceptivos orales e inyectable presentó diferencia estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ). Siendo el inyectable el método hormonal que tuvo menor impacto en la frecuencia de las relaciones coitales que presentaron las usuarias que asistieron al consultorio externo de planificación familiar. Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola. 2013.

## RECOMENDACIONES

1. Que en base a los resultados obtenidos en la presente investigación, se recomienda realizar trabajos de investigación, que complementen la información obtenida, enfocando otros factores culturales; que proporcionen nuevos datos que ayuden a mejorar la salud sexual por placer y la salud sexual reproductiva en usuarias del método anticonceptivo, como tabletas orales e inyectables en el Distrito de Cerro Colorado – Zamacola.





## BIBLIOGRAFÍA

1. Blümel JE, Binfa L, Cataldo P; Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de Función Sexual Femenina: un ensayo para evaluar la sexualidad de la mujer. Rev Chil Obstet Ginecol 2004, 69 (2): 118-125.
2. Castelo Branco Florez H. Bases de la Fisiología de la Sexualidad Respuesta Sexual. España: Mediterráneo; 2003
3. Fathalla M., A. y RosenfieldIndriso C. Anticoncepción hormonal. En: Manual Sobre Reproducción Humana. Vol. 2: Planificación familiar. (Eds).FIGO.EdikaMed Ed. pp 33-66, 1999.
4. Francisco Cabello. Tape en 13 a 28. Actualizaciones en sexología clínica. Itziar Alonso- Arbiol (editora) - Bilbao, Servicio Editorial. Universidad del País Vasco, 2005, 172p, (Educación y Psicología).
5. Goodman y Gilman. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Octava edición. 2001.
6. Guías de aprendizajes de habilidades en salud reproductiva. Ministerio de Salud del Perú; 2005
7. Gutiérrez Teira Blanca. La respuesta sexual humana Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. GdT Atención a las Mujeres FYC. CS El Soto. Móstoles. Madrid. 2004
8. Kaplan, H. S. La nueva terapia sexual. Madrid: Editores Muñoz; 2004
9. Katzung, B. "Farmacología Básica y Clínica" 2ª edic. 1996
10. Martin L. Pernoll. Diagnóstico y Tratamiento Gineco obstétricos. 6ta edición. México: Manuel Moderno; 2000
11. Mas M. Neurofisiología de la Respuesta sexual Humana. En J. Bobes, S. Rexus y J. Gibert (Eds), psicofármacos and function sexual. Madrid: 2000.p. 1-15.

12. Master. H. y Jhonson. Respuesta Sexual Humana. España: Omega; 2001
13. Masters EH Johnson, VE . Respuesta sexual humana. Boston: Little, Brown , 1966 .
14. Munarriz R, Kim N, Goldstein I, Traish A M. Biología de la Función sexual femenina. Clínicas Urológicas de norteamérica. 2002; (3): 693-702.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud Reproductiva e Investigaciones conexas. Mejorando el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 3ª ed., Ginebra, OrganizaciónMundial de la Salud, 2005.

#### **Páginas de internet**

16. es.scribd.com/doc/57708368/01-Anticoncepcion-Hormonal-1
17. [http://bibmed.ucla.edu.ve/cgi-win/be\\_alex.exe?Nota=T0700000004762/0](http://bibmed.ucla.edu.ve/cgi-win/be_alex.exe?Nota=T0700000004762/0). JS serrano, MI serrano, A Hevia: hormonas sexuales (capítulo 50)
18. [http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/temas\\_farma/volumen2/cap26\\_femen.pdf](http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/temas_farma/volumen2/cap26_femen.pdf). Malgor - Valsecia. Farmacología de las hormonas sexuales femeninas. Estrógenos. Antiestrógenos. Progesterona. Progestágenos. Antiprogestágenos anticonceptivos hormonales. Capítulo 26 sección iv:  
[http://www.sec.es/area\\_cientifica/manuales\\_sec/aho/recomendaciones.php](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/aho/recomendaciones.php). Ezequiel Francisco Pérez Campos (anticoncepción y sexualidad métodos anticonceptivos y su impacto en las relación sexual) capítulo9
19. [http://www.sec.es/area\\_cientifica/manuales\\_sec/LibroAntiHormoCombi.pdf](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/LibroAntiHormoCombi.pdf). Carme. Coll Capdevila «Anticoncepción hormonal»
20. <http://es.scribd.com/doc/76332752/Traduccion-y-lenguaje-en-Medicina>. J. Florez y J.A.Amdao “Hormonas sexuales: estrógenos, gestagenos anticonceptivos hormonales, andrógenos “capítulo 52
21. [www.proyecto-bebe.es/hormonas\\_lh\\_y\\_fsh\\_las\\_gonadotropinas.htm](http://www.proyecto-bebe.es/hormonas_lh_y_fsh_las_gonadotropinas.htm)

## HEMEROGRAFÍA

22. Gutierrez, F. Uso de métodos anticonceptivo en cuatro grupos de mujeres sociales diferentes. Distrito de Moquegua 1990-1991. Tesis para optar el grado de Bachiller de Medicina. Facultad de Medicina. UNSA, 1991.
23. Ojeda, F. Uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil con vida sexual activa en el PP.JJ. Ciudad Blanca en Arequipa. Tesis para optar el grado de Bachiller de Medicina. Facultad de Medicina. UNSA, 1992.





# ANEXO



## ANEXO 1

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha Nro.....

Edad:.....años.

#### 24. Estado Civil:

- Soltera ( )
- Casada ( )
- Conviviente ( )

#### 2.-Religión

- Católica ( )
- Evangelista ( )
- Adventista ( )
- Mormón ( )
- Otros ( )

#### 3.-Ocupación

- Ama de casa ( )
- Estudiante ( )
- Comerciante ( )
- Agricultora ( )
- Profesional ( )

#### 4.-Grado de instrucción

- Analfabeta ( )
- Primaria ( )
- Secundaria ( )
- Superior no universitaria ( )
- Superior universitaria ( )

#### 5.- ¿Qué método anticonceptivo utiliza?

- Píldora ( )
- Injectable de depósito ( )

#### 6.- Tiempo que viene usando el método:

.....

## RESPUESTA SEXUAL FEMENINA:

1 En los últimos tres meses, cuantas veces usted ha tenido relaciones sexuales con su pareja.

- ☐ Todos los días.
- ☐ 4 veces por semana.
- ☐ 3 veces por semana.
- ☐ 2 veces por semana.
- ☐ 1 vez por semana.

2.- En los últimos tres meses, como fue su interés en tener relaciones sexuales (coitales).

- ☐ Aumentado
- ☐ No se ha modificado
- ☐ Disminuido

3.-Cuando va tener sus relaciones coitales hay juegos previos y/o estimulaciones previas con la pareja.

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

4.- En los últimos tres meses, con qué frecuencia se ha lubricado (húmedo o mojado) antes de la actividad sexual.

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

5.-En los últimos tres meses, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿Con qué frecuencia ha llegado al orgasmo?

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

6.-En los últimos tres meses, en las relaciones sexuales usted ha estado satisfecha con su vida sexual consu pareja.

- ☐ Muy Satisfecha
- ☐ Satisfecha
- ☐ Moderadamente satisfecha
- ☐ Muy insatisfecha

7.-Cree usted que el método hormonal que utiliza le disminuye el deseo sexual:

- ☐ Si
- ☐ No



## MATRIZ DE DATOS

	métodos	EDAD	estado civil	religión	ocupación	grado de instrucción	tiempo que	pre 1	pre2	pre3	pre4	pre5	pre6	Pre7
1	1	18	1	1	2	4	5	3	2	1	1	1	1	2
2	1	18	3	1	2	4	9	3	1	1	1	1	1	2
3	1	18	3	1	3	3	13	4	3	3	2	3	2	1
4	1	18	3	1	3	3	9	5	3	2	3	3	2	2
5	1	18	3	1	2	4	9	3	2	1	2	1	1	2
6	1	18	3	1	3	3	17	5	3	3	3	3	3	1
7	1	18	1	1	2	4	13	6	3	3	2	2	1	1
8	1	18	3	1	2	4	13	4	3	3	2	3	1	1
9	1	18	3	1	1	3	17	3	2	2	2	2	2	2
10	1	18	1	1	3	4	9	3	1	1	1	1	1	2
11	1	18	1	1	2	4	9	4	2	2	2	3	2	2
12	1	18	3	1	3	3	21	3	2	2	2	3	3	1
13	1	19	3	1	1	3	21	3	3	3	3	3	3	1
14	1	19	3	1	1	3	9	3	3	3	3	3	2	1
15	1	19	3	1	1	3	13	5	3	2	3	3	2	2
16	1	19	3	1	3	3	17	4	3	3	3	3	2	1
17	1	19	3	1	3	3	21	5	3	3	2	2	2	1
18	1	19	3	1	1	4	9	4	2	2	2	3	1	2
19	1	19	3	1	2	4	5	6	3	3	3	2	3	1
20	1	19	3	1	1	3	21	5	3	3	3	4	3	1
21	1	19	3	1	3	3	13	5	3	3	2	3	2	1
22	1	20	1	1	2	4	5	6	1	1	3	3	2	2



49	1	22	3	1	1	3	21	5	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1
50	1	23	3	1	1	3	25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	1
51	1	23	3	1	1	3	21	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
52	1	23	2	1	1	3	29	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2
53	1	23	3	1	3	3	29	5	3	3	4	3	3	4	3	4	3	4	1
54	1	23	3	1	3	3	33	6	3	3	4	4	4	4	4	4	2	4	1
55	1	23	3	1	1	3	25	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
56	1	24	3	1	1	4	29	6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1
57	1	24	3	1	1	4	29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
58	1	24	3	1	1	4	33	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1
59	1	24	3	1	1	4	29	5	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	1
60	1	24	2	1	1	4	29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1
61	1	25	2	1	1	4	9	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
62	1	25	2	1	1	4	9	4	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2	2
63	1	25	3	1	5	5	33	4	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2
64	1	25	3	1	5	5	33	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
65	1	25	3	1	1	3	33	6	3	3	4	3	3	3	3	4	3	4	1
66	1	25	3	1	1	3	21	6	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1
67	1	25	3	1	1	3	21	5	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	1
68	1	25	3	1	1	3	21	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
69	1	25	1	1	3	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2
70	1	25	1	3	5	5	9	3	2	3	2	3	3	2	3	2	1	2	2
71	1	26	2	1	1	5	25	5	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	1
72	1	26	2	1	1	5	25	5	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	1
73	1	26	2	1	1	5	29	6	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	1
74	1	26	2	1	1	5	29	5	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1



75	1	26	2	1	1	5	29	4	3	3	3	3	3	3	3	3	1
76	1	26	3	3	1	4	33	3	3	2	2	4	2	3	2	1	1
77	1	26	3	1	3	4	25	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
78	1	27	3	1	3	4	21	4	2	3	2	3	2	3	2	2	2
79	1	27	3	1	1	4	21	5	3	3	2	4	3	4	3	1	1
80	1	27	3	1	1	3	25	6	3	3	2	4	3	4	3	1	1
81	1	27	3	1	3	3	25	5	3	3	3	3	3	3	2	1	1
82	1	28	3	1	1	3	29	6	3	3	3	4	2	2	2	1	1
83	1	28	3	1	1	5	17	3	2	2	1	1	1	1	1	2	2
84	1	28	3	1	1	5	37	3	3	1	1	1	1	1	1	2	2
85	1	28	3	1	3	3	33	5	3	3	2	4	2	2	2	1	1
86	1	28	2	1	1	3	25	3	2	2	1	4	2	2	2	1	1
87	1	29	3	1	3	3	29	6	3	4	3	4	3	4	3	1	1
88	1	29	3	1	1	3	33	6	3	3	3	4	2	4	2	1	1
89	1	29	3	1	3	3	21	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2
90	1	29	3	1	1	3	17	3	2	2	3	4	1	1	1	1	1
91	1	29	3	1	3	3	9	5	3	3	3	4	2	4	2	1	1
92	1	29	2	1	1	5	13	5	3	4	4	3	2	3	2	1	1
93	1	30	2	1	3	5	17	5	3	3	3	3	2	3	2	1	1
94	1	30	2	1	1	4	25	4	3	4	3	4	3	4	3	1	1
95	1	30	3	1	1	4	25	5	3	3	3	4	3	4	3	1	1
96	1	30	3	1	3	3	17	6	4	4	3	4	3	4	3	1	1
97	1	30	3	1	3	3	13	6	3	4	3	4	3	4	3	1	1
98	1	31	2	1	1	3	21	3	3	3	3	3	2	3	2	1	1
99	1	31	2	1	1	3	21	4	2	2	2	3	2	3	2	1	1
100	1	31	2	1	3	3	13	5	3	4	3	4	3	4	3	1	1

101	1	31	3	1	1	3	33	4	4	4	3	4	3	4	3	1
102	1	31	3	3	3	3	25	5	3	4	4	3	4	2	2	1
103	1	32	2	1	1	3	37	6	3	4	3	4	3	2	1	1
104	1	32	2	1	1	3	37	3	3	3	3	3	3	1	2	2
1	2	28	2	5	5	5	27	4	3	3	3	3	3	3	2	2
2	2	23	3	1	1	3	30	5	3	3	3	3	3	3	2	2
3	2	22	3	1	1	3	12	5	3	3	3	3	3	3	2	2
4	2	29	2	3	3	3	27	4	3	3	3	3	3	3	2	2
5	2	25	3	1	1	3	30	4	3	3	3	3	3	3	2	2
6	2	28	3	4	2	2	12	4	3	3	3	3	3	3	1	1
7	2	18	1	1	1	4	9	5	3	2	2	3	3	3	2	2
8	2	30	3	1	1	3	33	4	3	3	3	3	3	3	2	2
9	2	25	3	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	2	2
10	2	23	3	1	1	3	33	4	3	3	3	3	3	3	2	2
11	2	30	3	1	1	3	12	4	3	3	3	3	3	3	2	2
12	2	30	3	5	3	3	33	4	3	3	3	3	3	3	2	2
13	2	21	3	1	1	3	12	5	3	3	3	3	3	3	2	2
14	2	30	3	1	1	4	33	4	3	3	3	3	3	3	2	2
15	2	26	3	1	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	2	2
16	2	22	3	1	1	1	33	3	3	3	3	3	3	3	1	1
17	2	30	3	1	1	1	27	4	3	3	3	3	3	3	2	2
18	2	24	2	1	1	1	6	4	3	3	3	3	3	3	1	1
19	2	30	3	1	1	3	33	4	3	3	3	3	3	3	2	2
20	2	21	3	1	4	3	12	5	3	3	3	3	3	3	2	2
21	2	28	2	1	3	2	27	4	3	3	3	3	3	3	2	2
22	2	25	3	1	1	3	12	4	3	3	3	3	3	3	2	2

23	2	25	3	1	1	3	9	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2
24	2	30	3	1	1	3	27	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2
25	2	21	3	1	1	3	27	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2
26	2	31	2	1	3	3	36	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2
27	2	25	3	1	1	3	3	4	3	2	2	3	3	3	3	3	2
28	2	31	3	1	1	3	27	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2
29	2	24	3	1	3	3	12	5	3	3	3	3	3	3	3	3	2
30	2	30	3	1	5	4	12	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2
31	2	26	3	1	4	3	6	4	3	2	3	3	3	3	3	3	2
32	2	19	3	1	1	3	21	4	2	3	3	3	3	3	3	3	2
33	2	31	3	1	1	3	36	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2
34	2	28	3	1	3	3	21	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2
35	2	22	3	1	1	3	6	3	3	3	2	3	3	3	3	2	1
36	2	30	2	1	1	3	36	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2
37	2	25	3	1	3	3	21	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2
38	2	24	3	1	1	3	12	5	3	3	3	3	3	3	3	3	2
39	2	31	3	5	1	3	27	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2
40	2	26	3	1	4	1	6	4	3	2	3	3	3	3	3	3	2
41	2	32	3	1	1	3	21	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2
42	2	19	3	1	1	3	27	5	2	3	2	2	3	3	3	1	2
43	2	28	3	5	3	3	12	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2
44	2	25	2	1	1	3	21	5	2	3	3	3	3	3	3	3	2
45	2	31	3	1	1	3	30	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2
46	2	21	3	1	1	3	21	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2
47	2	29	3	1	1	3	30	4	3	3	2	3	3	3	3	3	2
48	2	24	3	1	1	3	12	5	3	3	3	3	3	3	3	3	2



49	2	27	3	1	5	5	12	4	3	3	3	3	2
50	2	18	3	1	1	3	6	3	3	2	3	3	2
51	2	31	3	1	1	3	24	4	3	3	2	3	2
52	2	30	3	1	5	5	30	4	3	3	3	3	2
53	2	28	3	1	1	3	9	4	3	3	3	3	2
54	2	25	2	1	1	3	21	4	3	3	2	3	2
55	2	32	3	1	5	4	30	4	3	3	3	3	2
56	2	22	3	1	1	3	6	5	3	3	3	3	2
57	2	32	3	1	1	3	18	4	3	3	3	3	2
58	2	27	3	1	3	2	36	4	3	3	3	3	2
59	2	20	3	1	1	3	12	6	2	3	2	3	2
60	2	29	3	1	1	3	36	4	3	3	3	3	2
61	2	26	1	1	3	3	12	4	3	3	3	3	2
62	2	23	3	1	1	3	18	5	3	3	3	3	2
63	2	28	3	1	3	3	18	4	3	3	3	3	2
64	2	24	3	1	1	3	9	4	3	3	3	3	2
65	2	30	3	1	3	3	12	4	3	3	3	3	2
66	2	22	3	1	1	3	21	5	3	3	3	3	2
67	2	31	2	1	1	3	15	4	2	3	2	3	2
68	2	25	3	1	1	3	30	4	3	3	2	3	2
69	2	26	3	1	5	4	9	4	3	3	3	3	2
70	2	31	3	1	1	3	21	4	3	3	3	3	2
71	2	20	3	1	1	3	24	5	3	3	3	3	2
72	2	27	3	1	3	3	12	4	3	3	3	3	2
73	2	21	3	1	1	3	21	5	3	3	3	3	2
74	2	31	2	1	1	3	9	2	3	3	3	3	1

75	2	24	3	1	1	3	24	5	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2
76	2	29	3	1	1	3	9	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2
77	2	28	3	1	3	3	24	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2
78	2	19	3	1	1	3	15	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2
79	2	27	3	1	1	3	21	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
80	2	26	3	1	1	3	9	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
81	2	25	2	1	3	3	18	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
82	2	30	3	1	5	5	15	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
83	2	23	3	1	1	3	9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
84	2	32	3	5	1	3	24	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
85	2	32	2	1	3	3	15	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
86	2	23	3	1	1	3	6	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
87	2	32	3	1	1	3	24	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
88	2	20	3	1	1	3	15	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1
89	2	32	3	1	5	5	15	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
90	2	23	3	1	1	3	9	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
91	2	32	2	1	1	3	24	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2
92	2	27	3	5	1	3	9	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
93	2	21	3	1	2	4	24	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
94	2	28	3	1	5	5	18	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
95	2	29	3	1	1	3	9	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
96	2	23	2	1	1	3	30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
97	2	32	3	1	1	3	9	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
98	2	25	3	1	3	3	24	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
99	2	20	3	1	1	3	15	5	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2
100	2	29	3	1	3	3	24	4	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2

101	2	27	3	1	1	3	9	4	3	3	3	3	3	3	3	1
102	2	26	3	1	3	3	24	4	3	3	3	3	3	3	3	2
103	2	23	3	1	1	3	24	5	3	3	3	3	3	3	3	2
104	2	29	1	1	5	5	15	4	3	3	3	3	3	3	3	2
105	2	32	3	1	1	3	24	4	3	3	3	3	3	3	3	2
106	2	20	3	1	1	3	15	6	2	3	3	3	3	3	3	2
107	2	32	3	1	1	3	24	4	3	3	3	3	3	3	3	1
108	2	29	2	1	1	3	9	4	3	3	2	2	2	2	2	2
109	2	26	3	1	1	3	18	4	3	3	3	3	3	3	3	2
110	2	32	3	1	1	3	15	4	3	3	3	3	3	3	3	2
111	2	22	2	1	2	4	30	4	3	3	3	3	3	3	3	2
112	2	27	3	1	3	3	9	4	3	3	3	3	3	3	3	2
113	2	32	3	1	1	3	36	4	3	3	3	3	3	3	3	2
114	2	22	3	1	1	3	15	3	3	3	3	3	3	3	3	1
115	2	30	2	1	1	3	36	4	2	3	3	3	3	3	3	2
116	2	19	3	1	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	2
117	2	28	2	1	3	3	36	4	3	3	3	3	3	3	3	2
118	2	23	3	1	1	3	12	5	3	3	3	3	3	3	3	2
119	2	29	2	1	5	5	36	4	3	3	3	3	3	3	3	2
120	2	21	3	1	1	3	27	4	3	3	3	3	3	3	3	2
121	2	30	2	1	1	3	15	3	3	3	3	3	3	3	3	1
122	2	25	3	1	2	5	9	4	3	3	3	3	3	3	3	2
123	2	29	2	1	3	3	36	4	3	3	3	3	3	3	3	2
124	2	23	3	1	1	3	18	5	3	3	3	3	3	3	3	2
125	2	28	3	1	1	3	36	4	3	3	3	3	3	3	3	2
126	2	26	3	1	1	3	15	4	3	3	3	3	3	3	3	1



127	2	21	1	1	1	3	24	3	3	3	2	3	3	2
128	2	27	3	1	5	5	18	4	3	3	2	2	3	2
129	2	29	2	1	1	3	12	5	2	3	3	3	3	2
130	2	25	3	1	5	5	30	4	3	3	3	3	3	1
131	2	20	3	1	1	3	15	2	2	3	3	2	1	2
132	2	30	2	1	4	3	12	4	3	3	3	3	3	2
133	2	29	3	1	3	3	30	4	3	2	3	3	3	2
134	2	22	3	1	1	3	18	4	3	3	3	3	3	1
135	2	28	2	1	3	3	15	4	3	3	2	3	3	2
136	2	25	3	1	5	5	12	4	3	3	3	3	3	2